



SAHLGRENSKA AKADEMIN
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

“YOU COULD JUST ASK, ‘HOW’S IT GOING WITH YOUR SEXUALITY?’”

Sexuella hälsoproblem vid diabetes mellitus:
förekomst, patientens upplevelse och behov av stöd

Författare

Josefine Bergsten och Johannah Carlsson

Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Sjuksköterskeprogrammet
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	HT 2017
Handledare:	Sofie Jakobsson
Examinator:	Anna Dencker

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Förord

Vi tackar vår handledare Sofie Jakobsson för vägledning och tillgänglighet under arbetets gång samt våra familjer för korrekturläsning.

Titeln till vårt arbete är ett citat av en deltagare i en av de analyserade studierna, som uppgav hennes preferenser och ideér för förbättring av stöd för sexuella problem inom diabetesvård (Rutte et al., 2016 s. 334).

*Göteborg 08 december 2018
Josefine Bergsten & Johannah Carlsson*

Titel (svensk):	"You could just ask, 'How's it going with your sexuality?'" Sexuella hälsoproblem vid diabetes mellitus: förekomst, patientens upplevelse och behov av stöd
Titel (engelsk):	"You could just ask, 'How's it going with your sexuality?'" Sexual health problems related to diabetes mellitus: prevalence, patients' experiences and need for support
Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Sjuksköterskeprogrammet
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	HT 2017
Författare	Josefine Bergsten och Johannah Carlsson
Handledare:	Sofie Jakobsson
Examinator:	Anna Dencker

Sammanfattning:

Bakgrund: Diabetes mellitus är en vanlig sjukdom som 4,5 % av den svenska befolkningen lever med. Sjukdomen innebär en risk för flertalet komplikationer. Många av dessa komplikationer inverkar på den sexuella hälsan. Sjuksköterskor saknar dock kunskap för att kunna stötta patienter med diabetes mellitus i sin sexuella hälsa. **Syfte:** Syftet med denna litteraturöversikt är att beskriva sexuella hälsoproblem vid diabetes mellitus: förekomst, patientens upplevelse och behov av stöd. **Metod:** En litteraturöversikt genomfördes för att sammanställa aktuell forskning inom problemområdet som identifierats. Efter litteratursökning inkluderades 7 kvantitativa studier, 2 studier med mixad metod och 1 kvalitativ studie. **Resultat:** Sexuella problem är vanliga bland personer med DM och påverkar även eventuell partner. Flera faktorer, som samtidiga diabeteskomplikationer, sjukdomens duration, hälsostatus, depression och typ av DM, visar på samband med sexuell dysfunktion (SD). Flera av studierna visar att nedsatt sexlust och/eller nedsatt sexuell upphetsning upplevs av mer än hälften av personerna som undersöks. Många patienter upplever dock att lusten och viljan finns men att kroppen inte samarbetar. Sexuell dysfunktion leder ofta till missnöje med det egna sexlivet och upplevelse av sexuella besvär. Vissa patienter upplever dock varken missnöje eller besvär trots sexuell dysfunktion då de lärt sig att acceptera och hantera sin sexuella hälsa. Bristande kunskap och stöd inom sjukvården upplevs av patienter vad gäller sexuella hälsoproblem. **Slutsats:** Sexuella hälsoproblem vid DM kan manifesteras på många olika sätt och kan påverka patientens identitet, sociala liv och sexuella välbefinnande så omfattande att patienten mot sin vilja väljer att vara sexuellt inaktiv. Det finns dock patienter som inte upplever besvär trots påverkan på den sexuella hälsan. Sjuksköterskor behöver få kunskap och stöd för att kunna stötta och informera patienten eftersom många patienter saknar kunskap kring sitt sexuella hälsotillstånd och de risker som följer.

Nyckelord: Diabetes, Sexuell hälsa, Sexuell dysfunktion, Patientens upplevelse, Sjuksköterska

Innehållsförteckning

Inledning.....	1
Bakgrund	1
Diabetes mellitus	1
Prevalens	1
Patologi och insjuknandet	2
Egenvården och stöd vid diabetes mellitus	2
Omvårdnadsteoretisk ram.....	4
Travelbees interaktionsteori.....	4
Sexuell hälsa	4
Sexuell hälsa vid diabetes mellitus	5
Sexuell hälsa som sjuksköterskans ansvarsområde	6
Problemformulering.....	7
Syfte.....	7
Metod	8
Design.....	8
Datainsamling.....	8
Inklusions- och exklusionskriterier.....	8
Urval.....	9
Analys.....	9
Etiska aspekter.....	9
Resultat.....	10
Förekomst.....	10
Patientens upplevelse.....	11
Psykologiska och känslomässiga sexuella hälsoproblem	11
Fysiska sexuella hälsoproblem: När kroppen inte samarbetar.....	11
Sexuella hälsoproblem relaterade till njutning och tillfredställande.....	12
Sexuella hälsoproblem relaterade till sociala faktorer	13
Avsaknaden av information och stöd från sjukvården	14
Diskussion	15
Metoddiskussion.....	15
Diskussion av datainsamling.....	15
Diskussion av inklusions- och exklusionskriterier.....	15
Diskussion av urval.....	16

Diskussion av analys.....	16
Resultatdiskussion	17
Sammanfattning av resultat.....	17
Förekomst	17
Sexuella hälsoproblem vid olika typer av diabetes	17
Korrelerande faktorer	17
Sexuella hälsoproblem och depression	18
Mätning av förekomst av sexuella hälsoproblem hos kvinnor.....	18
Vem bestämmer vad sex betyder?.....	18
Patientens upplevelse	19
Upplevelse av sexuella hälsoproblem: Mer än ett frågeformulär?.....	19
Nedsatt sexlust och sexuell inaktivitet: Ett val eller en komplikation?.....	19
Sexuella hälsoproblem och dess påverkan på sexuella relationer	20
Behov av stöd.....	20
Avsaknad av information från sjukvården	20
Avsaknaden av stöd från sjukvården.....	20
Patienter som inte söker hjälp	21
Sexuella hälsoproblem: Sjuksköterskans ansvarsområde	21
Vårdpersonalens behov av stöd	22
Kunskapsförmedling till sjuksköterskan	22
Hjälpmedel som stöd till sjuksköterskan.....	22
Slutsats	23
Kliniska implikationer	23
Fortsatt forskning.....	24
Referenslista	25
Bilaga 1: Söktabeller för den aktuella litteratursökningen.....	
Bilaga 2: Redovisning av artiklar exkluderade under kvalitetsgranskning.....	
Bilaga 3: Artikelöversikt.....	

Förkortningar och definitioner

Förkortningar

ASEX = The Arizona Sexual Experience Scale

BSSC = The Brief Sexual Symptom Checklist

DM = Diabetes mellitus

FSFI = Female Sexual Function Index

GRISS = The Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction

IIEF = International Index of Erectile Function

SD = Sexuell dysfunktion

Definitioner av termer

Erekttil dysfunktion

Den bestående oförmågan att uppnå och upprätthålla en erektion som är tillräcklig för en tillfredsställande sexuell upplevelse (Hatzimouratidis et al., 2010). Termen används inte i den här litteraturöversikten som synonym för sexuell dysfunktion, vilket förekommer inom forskningsområdet (Cappelleri, Rosen, Smith, Mishra & Osterloh, 1999).

HbA1c = Ett mätvärde som påvisar genomsnittlig blodglukos de senaste 8 - 12 veckorna genom blodprov (Nathan, Turgeon & Regan, 2007).

Sexuell dysfunktion

Sexuella problem som kännetecknas av omfattande besvär och interpersonella svårigheter (Hendrickx, Gijs & Enzlin, 2013). Förekomsten av sexuell dysfunktion mäts genom individens subjektiva upplevelse, som vid svar på frågeformulären IIEF för män (Cappelleri et al., 1999), FSFI för kvinnor (Rosen et al., 2000) samt ASEX, BSSC och GRISS för båda kön (McGahuey, Gelenberg, Laukes, Moreno, Delgado, Mcknight & Manber, 2000; Hatzichristou et al., 2004 & Rust & Golombok, 1986). I dessa mätinstrument tillfrågas patienten om både fysiska och existentiella aspekter av sex. Män besvarar frågor om förmåga att få erektion och genomföra samlag från penetrering till orgasm. Kvinnor besvarar frågor om svårigheter med lubrikation, att nå orgasm och smärta under samlag. Båda könen tillfrågas om upplevelser av sexuell lust, upphetsning och övergripande tillfredsställelse med sin sexuella relation.

Inledning

Vi har båda i våra liv haft nära kontakt med personer som har diabetes mellitus. När en möjlighet att skriva c-uppsats, i samarbete med en avdelning med inriktning mot diabetes, ämnesomsättningssjukdomar och KOL framträdde, fångades vårt intresse. Vi skickade en ansökan till avdelning 355 på Sahlgrenska Östra Sjukhuset i Göteborg och blev tilldelade projektet. Efter möte med handledare på avdelningen framgick att sexuell hälsa vid diabetes mellitus var ett intressant område som personalen på avdelningen upplevdes sakna kunskap kring. Problemområdet har engagerat oss och givit ny insikt i en del av vården som tycks hamna i skymundan.

Bakgrund

Diabetes mellitus

Diabetes Mellitus (DM) som sjukdomstillstånd har varit känt i flera tusen år. Dokumentation av sjukdomen har hittats i Egypten daterat 1500 år före Kristus (Shier, Hole, Butler & Lewis, 2013). Sjukdomen var länge inte behandlingsbar och innebar att den drabbade dog inom några få år. Redan under 1800-talet var flera läkare övertygade om att det fanns minst två olika typer av sjukdomen. Om den drabbade inte var överviktig var nämligen döden oftast bara några månader bort. Den främsta milstolpen inom diabetesforskningens historia är fortfarande upptäckten av insulin under tidiga 1920-talet. DM blev därmed en behandlingsbar sjukdom utan snar död som följd (Lindholm, 2009).

Innan insulin fanns som behandling hann oftast personer med DM inte utveckla komplikationer men idag är det känt att sjukdomen kan leda till många allvarliga komplikationer som påverkar den drabbades livskvalitet avsevärt (Lindholm, 2009). DM innebär även idag risk för för tidig död (Guðbjörnsdóttir et al., 2017). Detta beror på att det, trots behandlingsutvecklingens framsteg, är svårt att hålla samma låga blodsockerkurvor för personer med DM som för personer som inte har sjukdomen. Högt blodsocker kan skada blodkärl, nerver, hjärta, njurar och ögon vilket leder till funktionsnedsättning och för tidig död (Sayada, Eberhardt, Loria, & Brancati, 2002 & WHO, 2016). Dödsfall till följd av högt blodsocker är vanligare i låginkomstländer än i höginkomstländer. Fyrtiotre procent av alla dessa dödsfall sker innan 70 års ålder (WHO, 2016).

Prevalens

Förra året registrerades 410 528 svenskar i det nationella diabetesregistret och detta kan antas vara 91,5 % av alla diabetiker i Sverige (Guðbjörnsdóttir et al., 2017). Under det tredje kvartalet förra året var Sveriges befolkning 9 995 153 (Statistiska Centralbyrån, 2017). Om 448 664 personer i Sverige antas ha DM så har ca 4,5 % av den svenska befolkningen alltså DM och 90 % av dessa har DM typ 2 (Guðbjörnsdóttir et al., 2017). Socialstyrelsen (2009) rapporterade att prevalensen av DM ökat sedan 1980-talet även i Sverige, dock inte lika mycket som den globala ökningen (ibid.). Globalt jämfört har Sverige en relativt låg prevalens av DM (Jansson, Fall, Brus, Magnuson, Wändell, Östgren & Rolandsson, 2015). År 2014 hade 8,5 % av världens vuxna, 422 miljoner människor, DM. Den globala prevalensen har nästintill fördubblats de senaste fyra decennierna (WHO, 2016). Utvecklingsländer står

för den största ökningen av diabetesprevalensen i världen (WHO, 2016). Socialstyrelsen (2009) visar på att antalet insjuknanden i DM typ 2 per år inte har ökat över tid. Den ökade prevalensen av DM typ 2 i Sverige förklaras istället av att personer med DM typ 2 lever allt längre. Denna förklaring bekräftas av Jansson et al. (2015). Mellan år 2005 och år 2013 minskade insjuknande i DM 0,6 % hos kvinnor och 0,7 % hos män i Sverige (ibid.).

DM, framförallt typ 2, är en sjukdom som har ett statistiskt positivt samband med många följsjukdomar och andra ohälsotillstånd, till exempel hypertoni, kardiovaskulär sjukdom och övervikt. Övervikt hos personer med DM typ 2 ökar i Sverige. Positivt är dock att förekomsten av hypertoni minskar. Incidensen av kardiovaskulär sjukdom har dessutom minskat signifikant de senaste 20 åren hos personer med DM (Guðbjörnsdóttir et al., 2017). För tio år sedan stod sjukvårdskostnader direkt relaterade till DM för 8 % av sjukvårdskostnaderna i Sverige (Guðbjörnsdóttir, Cederholm, Nunez, & Eliasson, 2007).

Patologi och insjuknandet

Insulin är ett hormon som när det utsöndras hos en person utan DM, hämmar glukosproduktion i levern samtidigt som det stimulerar upptag av glukos i cellerna via insulinreceptorer. Vid födointag stiger glukoshalten i blodet och insulin frisätts. Insulinfrisättningen gör att glukosmolekylerna antingen tas upp i celler eller lagras i levern. Insulin stimulerar även fettinlagring i fettvävnaden (Lager, 2009). Vid DM typ 1 råder det brist på insulin, ofta på grund av en autoimmun reaktion där antikroppar angriper de langerhanska öarnas betaceller i pankreas som bildar insulin. Utan tillförsel av insulin utifrån stiger blodsockret hos en person med DM typ 1 eftersom glukos inte når cellerna eller levern. När cellerna inte får energi i form av glukos uppstår symtomen trötthet och viktnedgång (Lindholm, 2009). Högt blodsocker leder till hyperfiltration i njurarna vilket ger symtomen ökad urinmängd och därmed törst (Nyberg & Svensson, 2009). Vid DM typ 2 råder inte brist på insulin utan cellernas insulinreceptorer har istället blivit okänsliga för insulin och de langerhanska öarnas betaceller orkar inte längre producera tillräckligt med insulin för att hantera glukostillförseln via födan (Groop, Lyssenko & Renström, 2009). Ju tidigare diagnos ställs desto bättre är prognosen för sjukdomsförloppet. Att gå länge utan att få diagnos och därmed även utan behandling ökar risken för komplikationer (WHO, 2016).

Symtom vid insjuknandet i både DM typ 1 och typ 2 är vanligen trötthet, viktnedgång, rikliga urinmängder och konstant törst. Symtomen kommer ofta plötsligt och uppfattas som starka vid DM typ 1 medan symtomen vid DM typ 2 kan uppfattas mer diffusa och förstärkas under lång tid. Därför kan personer som utvecklar DM typ 2 gå länge med sjukdomen innan de söker vård. DM typ 2 orsakas av ett samband mellan gener och miljö medan det med dagens kunskap inte går att förklara varför DM typ 1 utvecklas (Socialstyrelsen, 2009 & WHO, 2016). Forskare har haft flera teorier men ännu inte kunnat bevisa en orsak till autoimmuna sjukdomar såsom DM typ 1. Autoimmuna sjukdomar ökar globalt men mest i västvärlden (Lerner, Jeremias, & Matthias, 2015). Lerner et al. (2015) menar att detta tyder på ett starkare samband mellan autoimmuna sjukdomar och infektioner, miljö och nutrition snarare än mellan autoimmuna sjukdomar och gener.

Egenvården och stöd vid diabetes mellitus

Alla personer som har fått diagnosen DM kontrolleras årligen i antingen primärvården eller på diabetesmottagning på sjukhus oavsett om de stött på komplikationer eller ej (Guðbjörnsdóttir

et al., 2017). För att stötta patienten finns många resurser till förfogande inom diabetesvården. Vården utförs i multidisciplinära team där patienten utgör en av teamets medlemmar. Utöver patienten kan sjuksköterska, läkare, dietist och fysioterapeut ingå beroende på patientens aktuella behov (Frid & Annersten Gershater, 2016). Information från årskontroller i Sverige sammanställs i det nationella diabetesregistret. Detta har möjliggjort framsteg i diabetesforskningen. Svensk diabetesvård skiljer sig i behandlingsalternativ och resultat regionalt men har generellt varit framgångsrik. Det finns dock fortfarande utmaningar även för den svenska diabetesvården (Guðbjörnsdóttir et al., 2017).

Stiffler, Cullen & Luna (2014) menar att hälso- och sjukvårdspersonalens omhändertagande när patienten får besked om att ha drabbats av DM kan vara avgörande för hur patienten sedan hanterar sjukdomen. Det är viktigt att patienten ges vägledning redan vid tillfället för diagnosbesked. Ju längre tid som passerar mellan diagnosbesked och inledande patientundervisning, desto mer irrationell rädsla kan patienten hinna utveckla. Patientundervisning innebär att vårdpersonal berättar, visar och ger skriftlig information om till exempel livsstilsförändringar och medicinsktekniska produkter som används vid DM. Patienten kan också känna sig osäker inför att göra livsstilsförändringar innan patientundervisningen påbörjats. Däremot kan alltför mycket information vid samma tillfälle upplevas som överväldigande. Att hälso- och sjukvårdspersonalen ser patienten som en partner vid patientundervisningen ökar patientens chanser att acceptera diagnosen. Att ha närstående som hanterat sjukdomen väl ökar också patientens chanser att acceptera diagnosen. Vissa personer lär sig lättast genom att lyssna medan andra behöver höra eller utföra metoder praktiskt för att lära sig. Egenvården vid DM är allt från livsstilsförändringar till hanterande av medicinsktekniska produkter. Detta innebär hårt arbete men hos patienter som intresserar sig för egenvården och arbetar förebyggande blir egenvården framgångsrik (ibid.).

Levnadsvanor har stor inverkan på sjukdomsförloppet hos personer med DM. Indikatorer som midjemått, fysisk aktivitet, BMI och rökning har ett starkt samband med risk för tidig död och komplikationer vid DM (Guðbjörnsdóttir et al., 2017). Att leva med DM innebär ett stort ansvar för egenvård där den medicinska behandlingen bara utgör en liten del. Detta kan kännas övermäktigt och många personer som drabbats av DM följer inte de råd som finns angående egenvård, som till exempel motionsvanor, fotvård och blodsockermätning. De löper då större risk för komplikationer (Johansson & Leksell, 2009). Stiffler et al. (2014) menar att det är vanligt att känna hopplöshet och att känna att det är lönlöst att försöka anpassa sin livsstil efter sjukdomen. Detta då livsstilsanpassningar inte gör att sjukdomen försvinner och komplikationer till sjukdomen kan vara direkt dödliga såsom hjärtinfarkt och stroke.

Gredig & Bartelsen-Raemy (2017) har undersökt vilka stigma som personer med DM upplever kring sin sjukdom på en population i Schweiz. Bland de vanligaste upplevda stigma var att personer med DM har sig själva att skylla för att ha drabbats av sjukdomen. Två tredjedelar av de tillfrågade personerna med DM uppgav att de någon gång blivit diskriminerade på grund av sin sjukdom. Större delen av dessa uppgav att de flertalet gånger blivit utsatta för sådan diskriminering. Ju yngre personerna med DM var desto fler situationer rapporterades där de upplevt sig orättvist behandlade på grund av sin DM. Ju äldre personerna med DM var, desto starkare upplevelse av stigma kring DM hade de. Upplevelse av stigma kring DM förutsäger upplevd livskvalitet hos personer med DM. Schabert, Browne, Mosely & Speight (2013) menar att till skillnad från personer med DM så upplever inte personer som inte har DM att det finns stigma kring sjukdomen.

Omvårdnadsteoretisk ram

Travelbees interaktionsteori

Enligt Travelbees (2001) omvårdnadsteori om mellanmännsliga relationer är sjuksköterskans uppgift att stödja patienten till att förebygga, hantera, och finna mening i lidande.

Sjuksköterskan ska hjälpa patienten att se sina möjligheter inbringa hopp och ur detta stödja patienten till att bygga upp en struktur för framtiden. Travelbees (2001) omvårdnadsteori är av betydelse vid omvårdnad av kroniskt sjuka individer, såsom patienter med DM, eftersom sjuksköterskan ofta träffar dessa patienter tillräckligt mycket för att utveckla en relation med dem. Enligt Travelbee (2001) måste en relation mellan sjuksköterska och patienten finnas för att sjuksköterskan kan utföra sitt arbete och stödja patienten. Denna relation genomgår fem faser. Vid *första mötet* får både patient och sjuksköterska intryck som tolkas utifrån vederbörandes känslomässiga kunskap. Sjuksköterskan ska här undvika att kategorisera patienten utan se personen i patienten. Därefter börjar *identiteter växa fram*. Sjuksköterska och patient börjar se varandra som unika personer och hitta sina roller i relationen. I nästa fas *utvecklas empatiska känslor*. Sinnestillstånd kan kännas av och beteenden kan förutses. Sedan övergår detta till nästa fas där *sympati utvecklas*. Denna fas kantas av känslomässigt engagemang vilket, för sjuksköterskans del, omsätts till viljan att utföra omvårdnadsåtgärder för patienten snarare än att utföra en tilldelad uppgift. Den sista fasen är *förbindelse* då sjuksköterska och patient uppfattar, delar och kommunicerar erfarenheter, känslor, tankar och attityder. För att kunna bygga en relation med sin patient måste sjuksköterskan ha självinsikt, empatisk förmåga och intresse för andra människor (Travelbee, 2001).

Sexuell hälsa

Hälsa är ett komplext begrepp med flera innebörder som grundar sig i religiösa, filosofiska, ekonomiska, politiska, kulturella och etiska värderingar. Begreppet är centralt inom omvårdnad (Willman, 2014). Inom det humanistiska perspektivet ryms flera förklarings teorier för begreppet hälsa. Hälsa kan till exempel ses som funktionsförmåga. Det innebär att en persons hälsa är beroende av personens förmåga att uppfylla sina önskningar eller mål under vissa typer av omständigheter. Till funktionsförmåga räknas också basala funktionsförmågor som de flesta människor i patientens sammanhang har. Förutom primära förmågor, såsom förmågan att gå och tala, räknas då även kulturspecifika förmågor. Detta perspektiv beskriver dock inte personens upplevelse av egen hälsa. Det går att ha en negativ upplevelse av sin hälsa trots att kroppen är fullt funktionsduglig (Brülde & Tengland, 2003). Eftersom den här artikelöversikten syftar till att beskriva patientens upplevelse är det rimligt att utgå ifrån hälsa som välbefinnande. Skalan mellan hälsa och ohälsa kan då likställas med skalan mellan behagliga kroppsförnimmelser, stämningar och emotioner och obehagliga kroppsförnimmelser, stämningar och emotioner (ibid.).

Sexuell hälsa är individens hälsa i relation till sin sexualitet (WHO, 2006 & WHO, 2015).

Sexualitet är ett komplext begrepp och omfattar kön, könsidentitet, könsroller, sexuell orientering, erotik, njutning, intimitet och reproduktion. Den kan upplevas och uttryckas genom normer, värderingar, attityder, roller, relationer, beteenden, övertygelser, utövningar, lust, tankar och fantasier men alla dessa dimensioner behöver dock inte upplevas och uttryckas hos alla människor. Sexualiteten påverkas av flera olika faktorer, såsom biologiska,

psykologiska och sociala faktorer. Även mer övergripande faktorer som politiska, kulturella och historiska faktorer påverkar sexualiteten (Hulter, 2014 & WHO, 2006).

WHO (2006) definierar sexuell hälsa som välbefinnande psykologiskt, känslomässigt, mentalt och socialt i relation till sexualitet. Sexuell hälsa innebär också att ha möjlighet till säkra och njutningsfulla sexuella upplevelser. Begreppet sträcker sig förbi frånvaro av dysfunktion, sjukdom och skörhet. WHO (2006) menar att för att god sexuell hälsa ska kunna uppnås och upprätthållas så måste sexuella rättigheter respekteras. Främst påpekas rätten till att inte utsättas för sexuellt tvång, sexuell diskriminering eller sexuellt våld. Varje människa har också rätt till den högsta standarden av sexuell hälsa som är tillgänglig. För att uppnå detta har var människa alltså rätt till information om och utbildning inom sexuell hälsa, hälso- och sjukvård inom sexuell hälsa men även till att sprida kunskap om sexuell hälsa. Varje människa har rätt till sexuella relationer i samtycke, respekt för sin kroppsliga integritet och att ha ett tillfredsställande, säkert och njutningsfullt sexliv. Det innefattar rätten att välja sin partner eller eventuell make/maka i samtycke och att skaffa barn och i så fall när. Det är slutligen även var människas rätt att välja att vara sexuellt aktiv eller inte (ibid.).

Sexuell hälsa vid diabetes mellitus

Personer med DM löper stor risk att drabbas av Sexuell Dysfunktion (SD) (Hulter, 2009; Maiorino, Bellastella & Esposito, 2014 & Shivananda & Rao, 2016) vilket även är en markör för kardiovaskulär sjukdom (Shivananda & Rao, 2016). DM kan orsaka både neuropatiska och vaskulära komplikationer vilket i sin tur påverkar sexuell funktion (Hulter, 2009). Båda dessa typer av komplikationer kan påverka erektionsförmåga hos kvinnor, det vill säga svällkroppar och lubrikation i underlivet, genom nedsatt blodcirkulation i genitalområdet (Giraldi & Kristensen, 2010). Om nedsatt känsel i en fot upptäcks så bör patienten tillfrågas om sin sexuella hälsa. Detta på grund av att neuropatipåverkan vid DM fungerar så att ju längre nerver desto tidigare påverkan. Kroppens längsta nerver återfinns i fötterna och kroppens näst längsta nerver återfinns i underlivet (Hulter, 2014). Nedsatt sexuell lust kan ses hos både män och kvinnor (Shivananda & Rao, 2016).

Lister, Fox & Wilson (2013) menar att SD vid DM kan vara starkare kopplat till huruvida paret, där en part har sjukdomen, accepterar sjukdomen snarare än till neuropati. Författarna fann att mindre sexuell njutning och tillfredsställelse upplevdes hos par där en av parterna har DM än hos par där ingen av parterna har DM. Vidare beskriver författarna att män med DM är mer konservativt inställda till sex. Detta tolkas som en copingstrategi för att hantera sin självkänsla som är kopplad till sexuell förmåga (ibid.).

För män är erektil dysfunktion det vanligaste symtomet av SD vid DM (Shivananda & Rao, 2016) och kan även orsakas av mediciner som används för behandling av DM (Maiorino et al., 2014 & Shivananda & Rao, 2016). SD är drygt 3 gånger vanligare bland män med DM och tenderar att utvecklas 10 - 15 år tidigare än bland män i övrigt. Prevalensen av SD är 66 % hos män med DM typ 2 och 38 % hos män med DM typ 1 (Koudrat et al., 2017).

Även hos kvinnor är prevalensen av SD högre bland de med DM än hos kvinnor i övrigt (Maiorino et al., 2014). SD yttrar sig bland annat i nedsatt intresse för sex eller sexuell lust, svårighet att nå sexuell upphetsning, smärta vid samlag och/eller förlorad förmåga att nå

orgasm (Maiorino et al., 2014). Vanligast är dock nedsatt lubrikation (Shivananda & Rao, 2016) Nedsatt lubrikation och smärta vid samlag kan bero på att hyperglykemi leder till nedsatt återfuktning av slemhinnor i vagina (Giraldi & Kristensen, 2010). Vid DM är det vanligt att drabbas av svampinfektioner i underlivet, hos både män och kvinnor vilket kan orsaka smärta vid samlag (Giraldi et al., 2010 & Hulter, 2009). Detta kan orsakas av ökad glukosutsöndring i urinen vilket ger grogrund åt svampinfektionen (Tegner, 2009).

Depressiva symtom har en stark koppling till SD vid DM (Giraldi & Kristensen, 2010; Kouidrat et al., 2017 & Maiorino et al., 2014). Vid DM typ 1 är de främsta riskfaktorerna psykologiska, såsom ångest och depression. Vid DM typ 2 är riskfaktorerna, utöver de psykologiska som återfinns bland personer med DM typ 1, även komplikationer till diabetessjukdomen, ålder, duration av sjukdomen och kroppsvikt (Maiorino et al., 2014). SD bidrar i sin tur starkt till nedsatt livskvalitet (Kouidrat et al., 2017 & Maiorino et al., 2014).

Farmakologisk behandling har visats effektivt mot SD vid DM (Maiorino et al., 2014). Viss farmakologisk behandling mot nedsatt sexuell funktion till följd av DM har även visats motverka kardiovaskulära komplikationer. Testosteronbehandling har visats effektiv mot nedsatt sexlust hos både män och kvinnor med DM (Shivananda & Rao, 2016). Det finns studier som påvisat att livsstilsförändringar i till exempel fysisk aktivitet och kost kan ha positiv effekt på sexuell hälsa vid DM (Maiorino et al., 2014). Flibanserin, en icke hormonell antidepressiva läkemedel vars mekanism är okänd, har visats stimulera sexlust hos kvinnor med DM (Thorp, Palacios, Symons, Simon & Barbour, 2014 & Shivananda & Rao, 2016).

Sexuell hälsa som sjuksköterskans ansvarsområde

Sjuksköterskan har en viktig roll inom vården av patientens sexuella hälsa. Genom att lyssna till patientens och dess partners bekymmer kan sjuksköterskan avgöra vilka yrkespersoner som bör remitteras till. Sjuksköterskan bör även kunna ge råd och stöd kring sexuell hälsa och på så vis främja patientens och dess partners sexuella hälsa (Hulter, 2014).

Sahin, Ozcan, Yilmaz & Bilgic (2011) genomförde en studie med syfte att utvärdera attityd, perspektiv och barriärer hos vårdpersonal inom diabetesvård i relation till reproduktiv och sexuell hälsa hos patienter i Turkiet. Författarna menar att vårdpersonals brist på kunskap i kombination med att sexualitet ses som tabu i Turkiet gör att sexuell hälsa inte berörs. Patienterna går då miste om viktig vård vilket gör att hälsoproblem riskerar att förvärras såpass att det till slut inte går att häva tillståndet. Författarna påpekar att vårdpersonalens bristande kunskap om sexuell hälsa bidrar till uppfattningar om att sexuell hälsa inte är en viktig del inom diabetesvård och att patienten inte önskar prata om sexuell hälsa. Hulter (2014) bekräftar detta fenomen och menar att patienter upplever brist på samtal kring sexuell hälsa vilket beror på behandlarens svårighet att samtala om sexuell hälsa. Shivananda et al. (2016) menar att patienter är villiga att diskutera sin sexuella hälsa om sjuksköterskan tar upp ämnet. Klaeson, Hovlin, Guvå & Kjellsdotter (2016) beskriver fenomenet inom primärvården i Sverige. Författarna (2016) poängterar bristen på undervisning inom sexuell hälsa för sjuksköterskor både i grundutbildningen och i utbildningar vid arbetsplatsen. Tabun kring sexuell hälsa gör att sjuksköterskor känner sig obehälsamma att prata om sexuell hälsa med sina patienter och därför undviker det. Då inget organiserat stöd i form av frågeformulär, informationsmaterial, riktlinjer eller andra hjälpmedel för vård inom sexuell hälsa fanns på sjuksköterskornas arbetsplatser, var det upp till var sjuksköterska för sig att ge patienterna

vård inom sexuell hälsa. En del av sjuksköterskorna menade då att sexuell hälsa inte var deras ansvarsområde och valde att hänvisa patienterna till annan profession utan att veta om de sedan fått hjälp (ibid.).

Klaeson et al. (2016) visar att äldre patienter var bland de svåraste att prata om sexuell hälsa med. Kvinnor upplevdes också svåra att tala om sexuell hälsa med. Sjuksköterskorna undvek även att tala om sexuell hälsa med kvinnor som hade DM typ 2 trots kunskap om att förändringar i sexuell funktion ofta sker vid DM typ 2 hos kvinnor. Författarna (2016) påpekar också att primärvården upplevs som strikt heteronormativ trots att Sverige är bland de länder i världen som är mest jämställda inom HBTQ-frågor och andra sexuella minoriteters frågor. Detta innebär en risk att diskriminera sexuella minoriteter vilket påverkar deras vård inom sexuell hälsa (ibid.)

Det finns stödmaterial för samtal om sexuell hälsa, som riktar sig till hälso- och sjukvårdspersonal. PLISSIT-modellen har till exempel använts sedan 1970-talet. Modellen delar in samtal om sexuell hälsa i fyra nivåer. Den första nivån är *Permission* där intervjuaren lyfter ämnet och uppmuntrar till samtal om sexuell hälsa. Här kan standardfrågor relaterade till området underlätta för intervjuaren. Intervjuarens stöd och engagemang kan vara nog för att lätta patientens lidande. Den andra nivån är *Limited Information* där intervjuaren ger kort information som snarare inbjuder till djupare diskussion än att erbjuda lösningar på problem. Den tredje nivån är *Specific Suggestions* där intervjuaren ger specifika råd om metoder för att hantera problem med sexuell hälsa. Den sista nivån är *Intensive Therapy* vilket kräver flera samtal med till exempel psykiater eller sexolog. Sjuksköterskans roll skulle vid fjärde nivån vara att remittera patienten till annan befattningshavare (Mercer, 2008).

Problemformulering

Prevalensen av DM ökar både i Sverige och globalt. Personer med DM löper stor risk att uppleva sexuella hälsoproblem, där den sexuella hälsan hotas. Tidigare forskning visar att SD är vanligt förekommande vid DM och är starkt kopplat till depressiva symtom och nedsatt livskvalité. Svensk diabetesvård har generellt varit framgångsrik och utförs i multidisciplinära team och med årliga kontroller. Enligt Travelbees omvårdnadsteori är en av sjuksköterskans uppgifter att stödja patienten i lidande. Det finns dock brist på stöd för patienter med DM vad gäller sexuella hälsoproblem, då de upplever att ämnet sällan berörs. Sjuksköterskor upplever brister i utbildning, kunskap och organisatoriskt stöd samt tabu kring ämnet och undviker samtal om sexuell hälsa med patienter. Forskning har tydligt konstaterat sambandet mellan SD och DM. Trots att sambandet mellan SD och DM konstaterats finns det, inom forskningsområdet, varken aktuella sammanställningar som kartlägger både kvantitativ och kvalitativ kunskap, eller sammanställningar som lyfter fram patientperspektivet genom omvårdnadsforskning om sexuell hälsa vid DM.

Syfte

Syftet med den här litteraturöversikten är att beskriva sexuella hälsoproblem vid diabetes mellitus: förekomst, patientens upplevelse och behov av stöd.

Metod

Design

Den här litteraturöversikten utfördes med syfte att sammanställa aktuell forskning inom det valda problemområdet. En litteraturöversikt innebär att kartlägga kvantitativ samt kvalitativ kunskap inom ett av sjuksköterskans verksamhetsområden (Friberg, 2012) och valdes därmed som lämpligast design för att uppfylla studiens mål. Som examensarbete på kandidatnivå är resultatet av den här litteraturöversikten relevant, inte bara genom förmågan att belysa utforskade områden inom omvårdnad, utan även av hög relevans för den grundutbildade sjuksköterskans praktiska verksamhet (ibid.).

Datainsamling

För den egentliga litteratursökningen användes tre databaser; Cinahl, PubMed och PsycINFO. Se Bilaga 1 för en redovisning av sökningar som ledde till resultat. Sökord som användes i Cinahl var 'diabetes' och 'sexual*'. I PubMed och PsycINFO användes 'diabetes', 'sexual*', 'nurs*', 'care' och 'caring' som sökord. Detta kompletterades med ytterligare en sökning med tidsbegränsning 2007 - 2017 med syfte att hitta fler kvalitativa studier. Sökorden 'diabetes' och 'sexual*' användes då i kombination med flertal nyckelord inom kvalitativ forskning, se Bilaga 1.

Trunkering lades till på till exempel 'sexual' för att täcka in böjningsformer och närbesläktade ämnesord som 'sexuality', 'sexual health' och 'sexual dysfunction'. I PsycINFO och PubMed lades även 'nurs*', 'care' och 'caring' till som sökord för att begränsa träffarna till omvårdnadsforskning (Östlundh, 2017). Sökord som 'impotence' och 'erectile dysfunction' testades som komplement till 'sexual*' men gav inga fler relevanta träffar.

När en artikel med hög relevans mot syftet upptäcktes, utfördes en sekundärsökning. Det innebar att artikelns ämnesord noterades och referenslistan granskades för fler relevanta artiklar motsvarande syftet (Östlundh, 2017). Dessa sekundära sökningar ledde inte till mer resultat.

Inklusions- och exklusionskriterier

Då det producerats betydligt fler kvantitativa studier än kvalitativa studier inom problemområdet de senaste åren valdes tidsbegränsning 2014 - 2017 för kvantitativa artiklar och tidsbegränsning 2007 - 2017 för kvalitativa artiklar. Endast artiklar som var 'peer reviewed' och 'research article' samt skrivna på engelska och med vuxna deltagare inkluderades. Artiklar som inte hade sexuell hälsa vid DM som huvudämne exkluderades samt artiklar som handlade om graviditetsdiabetes. Även studier som ämnade undersöka en viss behandlingsmetod och inte fokuserade på patientens upplevelse exkluderades.

Urval

Titlar granskades först för att sortera bort de artiklar som uppenbart inte skulle kunna besvara syftet. Sedan lästes abstract och ytterligare gallring gjordes. Därefter lästes de artiklar som ansågs relevanta och alla studier som besvarade syftet kvalitetsgranskades. Artiklarna lästes av båda författarna och kvalitetsbedömdes först individuellt. *Mallen för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ forskningsmetodik* från Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU, 2014) användes för att bedöma kvalitén av kvalitativa artiklar medan Billhult & Gunnarssons *checklista för kvalitetsbedömning av enkätstudier* (2012) användes för kvantitativa artiklar. Sedan diskuterades samtliga artiklar av båda författarna och konsensus nåddes. Artiklar som uppfyllde färre än 60 % poäng i respektive mall/checklista exkluderades på grund av dålig kvalitet. Se Bilaga 2 för redovisning av dessa artiklar och anledning till deras uteslutning.

Slutligen inkluderades en kvalitativ artikel, två artiklar med mixad metod och sju kvantitativa artiklar i litteraturöversikten. Se Bilaga 3 för en sammanfattning av de valda artiklarnas syfte, design, urval, resultat samt kvalitet.

Analys

När det fastställdes vilka artiklar som skulle inkluderas i litteraturöversikten sammanställdes dessa artiklar i en tabell. Författare, publikationsår, land, syfte, design, studiepopulation och kvalitet noterades i tabellen (Se Bilaga 3) samt en kort summering av studiernas resultat och fokus. Likheter och skillnader observerades med hjälp av tabellen. Detta är det första steget i processen vid genomförande av en litteraturöversikt enligt Friberg (2012). Därefter summerades resultaten från artiklarna en efter en i ett nytt dokument för att kunna jämföra och kategorisera resultaten enligt Fribergs (2012) rekommendation. Författarna skrev dokument individuellt, som sedan jämfördes mot varandra. Därefter diskuterades skillnader och konsensus nåddes. Relevanta resultat från varje studie presenterades i punktform och färgkodades efter vilken studie de tillhörde. Resultaten sammanställdes och synliggjordes ytterligare genom att klippas ut i remsor och organiserades i kategorier. Eftersom kvalitativa och kvantitativa resultat inte går att jämföra exakt (ibid.) märktes kvalitativa resultat från kvalitativa och mixad metod-studier med en extra symbol. Det resultatet analyserades sedan separat. De initiala kategorierna organiserades sedan om vid ytterligare analys och diskussion. Dataanalysen resulterade slutligen i tre teman inklusiva fyra subteman.

Etiska aspekter

Endast artiklar med godkännande från etiska kommittéer och med informerat samtycke från alla deltagare valdes för litteraturöversikten. Ett öppet och objektiva förhållningssätt har eftersträfvats under hela litteraturöversikten och inget resultat exkluderades som var relevant för syftet. Medvetenhet om personliga förutfattade meningar och åsikter har eftersträfvats samt ett kontinuerligt försök att inte låta dem påverka tolkningen av resultatet.

Resultat

Tre teman framkom i resultatet: *förekomst, patientens upplevelse och avsaknaden av information och stöd från sjukvården*. I temat *patientens upplevelse* återfanns fyra subteman: *psykologiska och känslomässiga sexuella hälsoproblem, fysiska sexuella hälsoproblem, sexuella hälsoproblem relaterade till njutning och tillfredsställelse och sexuella hälsoproblem relaterade till sociala faktorer*.

Förekomst

SD var en vanlig upplevelse hos både män och kvinnor. Mellan hälften och två tredjedelar män med DM upplevde SD, se Tabell 1. Undantag var en studie som tillfrågade män med nydiagnostiserad DM typ 2, där 43 % av männen rapporterade SD. Hos kvinnor med DM varierade prevalensen i studierna mer, mellan 33,3 % och 80,4 %, se Tabell 1. Bjerggaard, Charles, Kristensen, Lauritzen, Sandbæk & Giraldi (2015) fann upplevelse av SD hos 12 % av de undersökta kvinnorna men de undersökte förekomsten av SD endast hos sexuellt aktiva kvinnor. Celik, Golbası, Kelleci & Satman (2014) fann att kvinnor med DM typ 2 oftare upplevde SD än kvinnor med DM typ 1. Owiredo et al., 2017, fann inget signifikant samband mellan duration av DM och SD hos kvinnor medan Sivrikaya, Ünsal & Karabulutlu (2014) och Erten, Zincir, Özkan, Selçuk & Elmali, (2014) fann en positiv korrelation mellan duration av DM typ 2 och SD hos kvinnor. Owiredo et al. (2017) fann samma korrelation hos män. Duration av DM hade även en positiv korrelation med missnöje med sitt sexliv, låg sexuell livskvalitet och undvikande av sexuellt umgänge hos män. Bjerggaard et al. (2015) fann att sexuellt inaktiva män hade haft DM typ 2 längre än sexuellt aktiva män.

Tabell 1: Prevalens av Sexuell Dysfunktion (SD)

Studie	Prevalens av SD hos kvinnor (mätinstrument)	Prevalens av SD hos män (mätinstrument)	Typ av diabetes
Bjerggaard et al. (2015)	12 % av sexuellt aktiva (FSFI)	68 % av sexuellt aktiva (IIEF)	Typ 2
Celik et al. (2014)	80,4 % (FSFI)		Typ 1 och 2
Corona et al. (2014)		43 % av nydiagnostiserade patienter (IIEF)	Typ 2
Erten et al. (2014)	46,7 % (ASEX)		Typ 2
Owiredo et al. (2017)	66,4 % (GRISS-F)	51,3 % (GRISS-M)	Typ 1 och 2
Rutte et al. (2015)	70 % (FSFI)	54 % (IIEF)	Typ 2
Rutte et al. (2016)	69 % (FSFI)	68 % (IIEF)	Typ 2
Sivrikaya et al. (2014)	33,3 % (FSFI)		Typ 2

FSFI=Female Sexual Function Index, IIEF=International Index of Erectile Function, ASEX=The Arizona Sexual Experience Scale, GRISS-F/M=The Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction Female/Male

Medicinska faktorer som kopplades till SD var medicinsk antidiabetika utom insulin (Celik et al., 2014 & Erten et al., 2014), högre HbA1c hos män men inte hos kvinnor (Bjerggaard et al., 2015; Celik et al., 2014; Corona, Giorda, Cucinotta, Guida & Nada, 2014 & Erten et al., 2014), och komplikationer till DM eller samtidiga sjukdomar (Bjerggaard et al., 2015; Corona et al., 2014; Erten et al., 2014 & Rutte et al., 2015). Livsstilsfaktorer och fysisk hälsostatus påverkade vissa sexuella hälsoproblem (Bjerggaard et al., 2015). Bjerggaard et al. (2015) fann att män med SD hade signifikant lägre hälsostatus och högre BMI. Corona et al. (2014) fann att livsstilsbeteende inte påverkade SD eller prematur ejakulation hos män men att regelbunden fysisk aktivitet, ett livsstilsbeteende, skyddade mot hypogonadism som i sin tur innebär risk för erektil dysfunktion och flera andra sexuella problem. Även obesitas sammankopplades med nedsatt sexuell lust, försenad ejakulation och minskad ejakulationsvolym hos män (ibid.). Owiredi et al. (2017) hittade dock inget samband mellan BMI och SD hos varken kvinnor eller män.

Patientens upplevelse

Psykologiska och känslomässiga sexuella hälsoproblem

Hos både män och kvinnor har klinisk depression eller depressiva symtom ett starkt samband med SD (Bjerggaard et al., 2015; Corona et al., 2014; Rutte et al. 2015; Rutte et al., 2016 & Sivrikaya et al., 2014). Sivrikaya et al. (2014) fann att sambandet var linjärt, ju svårare depression desto lägre sexuell funktion. Corona et al. (2014) menar att depression innebär specifik risk för SD och nedsatt sexlust hos män med DM typ 2.

Kvinnor med DM upplevde ofta nedsatt sexlust (Bijlsma-Rutte et al., 2017; Bjerggaard et al., 2015; Celik et al., 2014; Owiredi et al., 2017 & Sivrikaya et al., 2014). I två studier rapporterade drygt hälften av kvinnorna som deltog nedsatt sexlust (Bijlsma-Rutte et al., 2017; Celik et al., 2014). En annan studie rapporterade att hälften av kvinnorna som var sexuellt aktiva upplevde nedsatt sexlust (Bjerggaard et al., 2015). Sivrikaya et al. (2014) fann att nedsatt sexlust var det vanligaste sexuella problemet vid SD hos kvinnor med DM. Corona et al. (2014) fann att 58,4 % av männen med SD upplevde nedsatt sexlust. Corona et al. (2014) fann att en femtedel av männen i studien hade låg halt av testosteron vilket visade starkt samband med flera sexuella problem såsom sexlust. I flera studier var nedsatt sexlust och/eller avsaknad av sexuell upphetsning en vanlig upplevelse hos män med DM (Bijlsma-Rutte et al., 2017; Bjerggaard et al., 2015; Corona et al., 2014 & Owiredi et al., 2017). Även andra samtidiga sjukdomar upplevdes som problem för samlag. En kvinna som intervjuades berättade till exempel att hennes astma, i kombination med nedsatt lust relaterad till hennes DM, gjorde det svårt för henne att orka genomföra samlag (Erten et al., 2014).

Fysiska sexuella hälsoproblem: När kroppen inte samarbetar

Bjerggaard et al. (2015) fann att en tredjedel av de män som var sexuellt inaktiva var det på grund av ett fysiskt problem som gjorde sex svårt eller obehagligt medan endast 4 % av de sexuellt inaktiva kvinnorna uppgav detta som orsak. Bijlsma et al. (2017) och Bjerggaard et al. (2015) fann att lubrikationsproblem var vanligt hos kvinnor med SD kopplad till DM men Sivrikaya et al. (2014) fann att lubrikationsproblem var det minst vanliga av de både fysiska och psykiska faktorer till SD som undersöktes. Två studier fann att kvinnorna med SD ofta

upplevde svårigheter att nå orgasm (Bjerggaard et al., 2015 & Owiredi et al., 2017). Smärta vid samlag var också ett vanligt sexuellt problem som upplevdes av kvinnor med DM (Bjerggaard et al., 2015). Flera av kvinnorna i en kvalitativ studie betonade smärta vid samlag som ett sexuellt problem (Erten et al., 2014). Bjerggaard et al. (2015) fann att en av tio av kvinnorna med DM typ 2 upplevde smärta vid penetration och Bijlsma-Rutte et al. (2017) fann att 27,8 % av de kvinnor med DM typ 2 som var missnöjda med sitt sexliv upplevde smärta vid samlag.

Hos män med DM var ejakulationsproblem som för tidig ejakulation och fördröjd ejakulation vanligt (Bijlsma-Rutte et al., 2017; Corona et al., 2014 & Owiredi et al., 2017). Corona et al. (2014) fann att knappt en tredjedel av männen med SD hade ejakulationsproblem och Bijlsma-Rutte et al. (2017) fann att en femtedel av de män som uppgav missnöje med sitt sexliv hade ejakulationsproblem. Erektill dysfunktion var vanligt hos män som hade annan samtida SD (Corona et al., 2014 & Owiredi et al., 2017). Erektill dysfunktion påverkade även relationen till sin egen kropp. Det innebar problem att genomföra onani och några intervjupersoner använde potenshöjande mediciner enbart för att genomföra onani (Jowett, Peel & Shaw, 2012).

Sexuella hälsoproblem relaterade till njutning och tillfredsställelse

I merparten av studierna som denna litteraturöversikt bygger på återfanns en positiv korrelation mellan ålder och SD och/eller missnöje över sexliv. Ju högre ålder desto mer förekomst av SD och/eller missnöje över sexliv (Bijlsma-Rutte et al., 2017; Bjerggaard et al., 2015; Celik et al., 2014; Owiredi et al., 2017; Rutte et al., 2015 & Sivrikaya et al., 2014). Bijlsma-Rutte et al. (2017) fann dock att sambandet var tvärtom för kvinnor. Erten et al. (2014) var den enda studien som inte fann ett samband mellan ålder och sexuell hälsa vid DM.

Celik et al. (2014) fann att 61,7 % av kvinnorna hade samlag mer sällan sedan de fick diabetesdiagnosen. En tredjedel av kvinnorna som Erten et al. (2014) studerat upplevde problem i sitt sexliv på grund av sin DM eller trötthet (Erten et al., 2014). Flera studier, inklusive Bjerggaard et al. pekar på att det finns ett utbrett missnöje med sitt sexliv kopplat till SD (Bijlsma-Rutte et al., 2017; Bjerggaard et al., 2015; Celik et al., 2014 & Owiredi et al., 2017). Bjerggaard et al. (2015) fann att sexuellt inaktiva patienter oftare rapporterade sexuella besvär än sexuellt aktiva patienter. Hälften av de sexuellt aktiva patienterna rapporterade att deras sexliv inte tillfredsställde deras sexuella behov (ibid.). Bijlsma-Rutte et al. (2017) fann att två femtedelar av männen med DM typ 2 var missnöjda med sitt sexliv. Owiredi et al. (2017) fann att männen med SD oftare var missnöjda med sitt sexliv än männen utan SD. Bjerggaard et al. (2015) fann dock att endast en tredjedel av de kvinnor som hade SD upplevde sexuella besvär. Bjerggaard et al. (2015) fann att enbart 28 % av männen med DM typ 2 som hade SD upplevde sexuella besvär. 30 % av männen i studien uppgav att deras sexliv inte fyllde deras sexuella behov. Av de sexuellt inaktiva männen uppgav 57 % att deras sexliv inte fyllde deras sexuella behov (ibid.). Alla patienter som Rutte et al. (2016) intervjuat hade i olika grad sexuella problem. Det som skiljde upplevelsen av de sexuella problemen var dock hur stor betydelse problemen hade för intervjupersonerna. Vissa upplevde mycket obehag i samband med sex medan andra hade accepterat sina sexuella problem och därför inte kände sig hindrad av dem och upplevde därför inga sexuella besvär. Många kände dock hjälplöshet och att deras självförtroende skadats på grund av de sexuella problemen (ibid.).

Sexuella hälsoproblem relaterade till sociala faktorer

Erten et al. (2014) fann att nästan hälften av kvinnorna i studien upplevde problem i sin sexuella relation till sin partner. Ytterligare två studier redovisade problem relaterat till partner som orsak till sexuella problem men i mindre utsträckning (Bijlsma-Rutte et al., 2017 & Bjerggaard et al., 2015). Kvinnorna som Erten et al. (2014) intervjuade beskrev hur de sexuella problemen kopplade till DM gjorde att de inte ville ha sex men på grund av sin tro kunde de inte avvisa sin make och genomförde därför samlag mot sin vilja. Detta gjorde relationen till maken ansträngd. Det gjorde även att de inte sökte hjälp. De var inte intresserade av att söka hjälp för sexuella problem då de inte var intresserade av att vara sexuellt aktiva (ibid.).

Owiredu et al. (2017) menar att både psykiska och fysiska symtom på SD hos en person med DM även påverkar partners sexuella hälsa negativt. Även patientens upplevelse av nedsatt sexuell livskvalitet påverkar partnerns sexuella hälsa negativt (ibid.). I en intervjustudie uttryckte vissa av patienterna att deras partners var missnöjda med deras sexliv och inte hade förståelse för de sexuella problemen. Flera av patienterna kände skuld över sina sexuella problem. Vissa patienter ville involvera sina partners i diskussionen om sexuella problem med hälso- och sjukvården. De behov av hjälp med sexuella problem som upplevdes var främst relaterade till att leva i en partnerrelation (Rutte et al., 2016).

Flera av intervjupersonerna som Jowett et al. (2012) undersökt belyser hur sexuella problem upplevs hos personer som inte lever i en parrelation. De beskriver även att kulturen bland homosexuella män till stor del kretsar kring sex. Det är viktigt att kunna prestera sexuellt och tillfredsställa sin sexuella partner och ofta sker sex redan vid första mötet. Detta gör att sexuella problem påverkar dessa mäns sociala liv och självkänsla betydligt eftersom sexualiteten är en stor del av identiteten inom deras kultur. (ibid.). Erektildysfunktion betonades ofta som ett sexuellt problem som påverkade sexuella relationer till andra människor. Oro kändes då över nya sexuella kontakter, till exempel att den nya sexpartnern skulle tro att intervjupersonen inte var attraherad till den nya sexpartnern. Komplikationer till DM som inte var direkt kopplade till sexuell funktion, orsakade också sexuella problem. Vissa intervjupersoner undvek att berätta om sin sjukdom för nya sexuella kontakter av rädsla för att den nya sexuella kontakten skulle känna sig orolig eller illa till mods över sjukdomen. Flera av intervjupersonerna berättade även att de undvek att berätta om sin sjukdom eller undvek intima relationer av rädsla för att bli avvisad. Oro yttrades över att drabbas av hypoglykemi under sex. Även komplikationer som svampinfektioner påverkade sexuella relationer då det begränsade sexuell variation. Lukten av svampinfektioner kunde till exempel hindra möjligheten till oralsex (Jowett et al., 2012).

Både låg utbildningsnivå och/eller arbetslöshet hos patienten och/eller hos partnern innebar högre risk för SD hos kvinnor i två studier (Celik et al., 2014 & Sivrikaya et al., 2014). Erten et al. (2014) hittade dock inte samband mellan utbildningsnivå och sexuell hälsa hos kvinnor. Arrangerat äktenskap innebar högre risk för SD hos kvinnor (Celik et al., 2014 & Erten et al., 2014). Att ha flera barn var kopplat till högre risk för SD hos kvinnor i två studier (Celik et al., 2014 & Sivrikaya et al., 2014).

Avsaknaden av information och stöd från sjukvården

Rutte et al. (2016) fann att knappt två tredjedelar av männen och drygt en tredjedel av kvinnorna i studien kände till kopplingen mellan DM och SD. Både personerna som Jowett et al. 2012 och Rutte et al. (2016) intervjuat hade, på grund av bristande kunskap, svårt att avgöra om deras sexuella problem berodde på sjukdomen eller andra faktorer som stress eller åldrande. Av de patienter som hade SD hade 48 % av männen någon gång upplevt att de behövt hjälp och 41 % av männen hade sökt hjälp, 15 % av kvinnorna hade någon gång upplevt sig behöva hjälp och 9 % av kvinnorna hade sökt hjälp (ibid.). Bijlsma-Rutte et al. (2017) fann att av de patienter som uppgav missnöje med sitt sexliv ansåg sig 61,8 % vara i behov av hjälp från hälso- och sjukvården, 66,8 % av männen och 47,2 % av kvinnorna. I en studie hade en femtedel av de sexuellt aktiva männen fått medicinsk behandling mot SD (Bjerggaard et al., 2015). Bijlsma-Rutte et al. (2017) fann att ju fler sexuella problem som uppgavs desto större behov av hjälp från hälso- och sjukvården upplevdes hos kvinnor. Ju längre duration av missnöje med sin sexuella hälsa desto mindre behov av hjälp från hälso- och sjukvården upplevdes dock av kvinnor. Männen som Jowett et al. (2012) intervjuat hade svårigheter att hitta vårdgivare att prata med om sina sexuella problem (ibid.). Patienter förklarade att de skulle tagit upp ämnet med sin läkare om de hade blivit informerade. Patienter som hade tagit upp frågan med sin vårdgivare var alla missnöjda med hjälpen som erbjudits. I vissa fall hade hälso- och sjukvårdspersonal tagit de sexuella problemen för givet och inte erbjudit någon hjälp alls. Om hjälp erbjudits så var det uteslutande farmakologisk behandling som patienterna inte varit intresserad av eller som inte fungerat (Rutte et al., 2016).

Många efterfrågade en öppen dialog med vårdgivare (Jowett et al., 2012). Flera patienter menade att de hade svårt att avgöra hur vårdgivaren skulle reagera om de tog upp frågan om sexuella problem och några patienter kände sig generade. De upplevde dessutom hälso- och sjukvårdspersonalen som generad, okunnig och osäker. De flesta utav männen föredrog att rådfråga en allmänläkare eller en medicinsk specialist (Rutte et al., 2016). Tre män uppgav att de ville rådfråga en annan läkare än sin egen (Bijlsma-Rutte et al., 2017). Även allmänläkare föredrogs av vissa patienter men allmänläkaren saknade ofta tid att diskutera sexuella problem. En del patienter föredrog att prata med diabetessköterskan om sina sexuella problem men tvivlade på diabetessköterskans kunskaper i ämnet. Andra patienter ville hellre prata med en mer specialiserad profession som en sexolog eller en psykolog. Patienterna uttryckte behov av att diskutera sin sexuella hälsa med vårdgivare då de hade många frågor kring ämnet. De efterfrågade att vårdgivaren skulle ta upp ämnet och ha en öppen attityd för att sänka tröskeln till ämnet. Patienterna uppgav att de då inte skulle ha några problem att svara på frågor kring sin sexuella hälsa. Vissa patienter menade att en sådan dialog bara skulle vara hjälpsamt om det fanns en möjlig lösning på deras problem. Patienterna menade att sexuell hälsa borde ingå i den standardiserade diabetesvården för att alla som behöver ska kunna tillgodogöra sig information och åtgärder (Rutte et al., 2016).

Diskussion

Metoddiskussion

Diskussion av datainsamling

Val av databas och tidsram samt sökord gjordes i tätt samråd med bibliotekarie utbildad inom vetenskaplig sökmätod, vilket är rekommenderade av Rosén (2012) och är en styrka i den här studien. Databasen Cinahl valdes eftersom databasen främst innehåller omvårdnadsvetenskapliga artiklar (Östlundh, 2017). PubMed omfattar betydligt mer än artiklar inom omvårdnadsvetenskap. Databasen innehåller dock nästan 95 % av all medicinsk litteratur där omvårdnadstidskrifter räknas in varför databasen var av intresse för studien. PsycINFO berör främst psykologi men även psykologiska aspekter inom besläktade områden såsom omvårdnadsvetenskap vilket gjorde även denna databas intressant för studien (Willman, Bahtsevani, Nilsson & Sandström, 2016). I slutändan hittades inga nya artiklar på PsycINFO utan enbart artiklar som redan hade kommit upp på sökningar på Cinahl och PubMed.

Vid litteratursökningen valde författarna medvetet breda söktermer och upplevde att fler inte behövdes för att avgränsa mängden sökresultat. Det är däremot möjligt att vissa artiklar föll bort på PubMed och PsycINFO när flera sökord lades till (jämfört med sökningar i Cinahl). Författarna anser att eftersom dessa databaser inte har omvårdnad som fokus och har en mycket högre halt artiklar, behövdes dessa begränsningar för att ringa in omvårdnadsvetenskap och kvalitativ forskning.

Tidsbegränsning 2014-2017 valdes då det pågår mycket kvantitativ forskning inom problemområdet och utvecklingen fortsätter i snabb takt (Guðbjörnsdóttir et al 2017). För att ta del av den senaste forskningen valdes då den snäva tidsramen för kvantitativ forskning.

För att besvara syftet krävdes kvalitativa studier som djupare beskriver patientens upplevelse av sexuell hälsa. Eftersom det fanns brist på kvalitativa studier inom tidsramen 2014-2017 och författarna ansåg att den subjektiva upplevelsen av sexuell hälsa vid DM kan ha förändrats mindre över tid, utökades tidsramen till 2007-2017 för kvalitativa artiklar. Dessvärre ledde den utökningen till endast en ytterligare artikel av hög kvalité som motsvarade syftet. Bristen på kvalitativa artiklar anses vara en svaghet i den här litteraturöversikten. Författarna anser dock att vid fördjupning av valda enkätstudier upptäcktes ett resultat av hög subjektiv karaktär där flera aspekter av patientens upplevelse mättes. Därmed besvarades syftet adekvat.

Diskussion av inklusions- och exklusionskriterier

Vid den aktuella sökningen valde författarna medvetet att applicera de flesta inklusions- och exklusionskriterier under själva granskningsprocessen istället för att använda databasens system. Fördelen med det valet är att inga relevanta artiklar missades på grund av fel kategorisering på databasen vid t.ex. åldersgräns eller ämnesord.

Exklusion av artiklar som inte hade sexuell hälsa vid DM som huvudämne hade konsekvenser för antalet kvalitativa artiklar. Specifikt exkluderades flera stycken som hade patientens

upplevelse av sexuell ohälsa generellt eller vid kronisk sjukdom som huvudämne. Det är därför möjligt att resultatet hade beskrivit patientens upplevelse på ett djupare sätt utan det exklusionskriteriet. Författarna anser dock att det inte hade varit konsekvent mot syftet och sökningen att göra så.

Författarna övervägde möjligheten att välja mellan antingen typ 1 eller typ 2 DM som inklusionskriterium. Tidigare forskning visar dock att SD är ett fastställt problem för båda patientgrupperna och att de sexuella problemen de möter är lika (Giraldi & Kristensen, 2010; Kouidrat et al., 2017 & Maiorino et al., 2014). Fler av de valda artiklarna handlar om sexuell hälsa vid typ 2 DM än typ 1 och i studier med blandade deltagare fanns det fler deltagare med typ 2 än typ 1. Detta är kanske inte överraskande eftersom typ 2 DM, som sagt, har mycket större förekomst och blir allt vanligare med tiden världen över.

Ingen exklusion gjordes på grund av världsdel. Den möjligheten diskuterades eftersom sexualitet påverkas starkt av sammanhang och kultur. Till slut bestämde författarna att den individuella upplevelsen som trädde fram i resultatet sträcker sig över kulturella gränser och att likheterna övervägde skillnaderna. Det är också värt att nämna att Sverige blir allt mindre en homogen kultur, med många invandrare och medborgare med ursprung från andra länder (Benzein, Hagberg & Saveman, 2014), till exempel södra Afrika och Mellanöstern, där flera av de valda artiklarna är producerade.

Diskussion av urval

Billhult & Gunnarssons checklista för enkätstudier (2012) var inte lika stringent som SBU:s mall för kvalitativa artiklar (2014), med bara en fråga som granskar kvalitet av metoden. SBU:s mall däremot ställer flertal frågor om urvalsförfarandet, datainsamlingen och analysförfarandet. Om en mer stringent mall hade valts för kvantitativa artiklar är det möjligt att flera kvantitativa artiklar hade exkluderats. Författarna valde Billhult & Gunnarssons eftersom den var specifikt designad för enkätstudier och för att den är mer stringent än Friberg (2012) och därmed mer lik SBU:s mall.

Det råder inte konsensus bland forskarna om hur mixad metod ska definieras, vad mixad metod ska innebära samt hur artiklar med mixad metod ska granskas (Borglin, 2012). Som rekommenderat av Morse, Niehaus, Wolfe & Wilkins (2006) har artiklarna med mixad metod bedömdes på respektive mall utifrån om de är huvudsakligen kvantitativa eller kvalitativa i metod och resultat.

Diskussion av analys

Användning av tabell (se Bilaga 3) tidigt i analysen underlättade att jämföra artiklarna med varandra, framförallt för att se likheter och skillnader i syfte, fokus och design. Författarna läste igenom artiklarna och sorterade resultatet i kategorier separat, enligt Roséns rekommendation (2012). Sedan tillsammans diskuterades skillnader och konsensus nåddes. De initiala kategorierna organiserades sedan om vid ytterligare diskussion med en extern granskare, vilket är en styrka och rekommenderat av Wallengren & Henricson (2012). Denna omorganisering visar på utmaningen författarna mötte i processen att komma fram till betydelsefulla rubriker och teman i resultatet. Resultatet kommer från studier som använde sig av olika mätinstrument för sexuella problem, dysfunktion och missnöje samt kvalitativa

artiklar med öppna frågor. Eftersom en nyanserad och deskriptiv bild av patientens perspektiv eftersträvades för att uppfylla syftet, är det en styrka av den här litteraturöversikten. Skillnaderna i resultat från studier som använt sig av olika mätinstrument visar på svårigheten att utforma standardiserade mätinstrument inom problemområdet.

Resultatdiskussion

Sammanfattning av resultat

Sexuella hälsoproblem är vanliga bland personer med DM. Förekomsten varierade betydligt bland kvinnor i de olika studierna. Flera faktorer, som samtidiga diabeteskomplikationer, sjukdomens duration, hälsostatus, depression och typ av DM, visade på samband med SD.

Flera av studierna visade att nedsatt sexlust och/eller nedsatt sexuell upphetsning upplevdes av mer än hälften av personerna som undersökts. Bland patienter som inte uppgav nedsatt sexlust, upplevdes istället att kroppen inte samarbetade. Hos kvinnor var då lubrikationsproblem och svårighet att nå orgasm vanligast medan de vanligaste problemen hos män var ejakulationsproblem och erektionsproblem. Vissa patienter valde sexuellt inaktivitet på grund av dessa sexuella hälsoproblem.

SD ledde ofta till missnöje med sitt sexliv och upplevelse av sexuella besvär. Vissa patienter upplevde dock varken missnöje eller besvär trots SD då de lärt sig att acceptera och hantera sin sexuella hälsa. Patienter som inte levde i en partnerrelation upplevde svårigheter att ha ett önskvärt sexliv och inom partnerrelationer påverkades även patientens partner.

En stor del av patienterna som undersökts kände inte till kopplingen mellan DM och SD och många hade aldrig blivit tillfrågade om sin sexuella hälsa av vårdgivare. Detta trots att flera patienter uppgav att de var i behov av hjälp från sjukvården och efterfrågade en öppen dialog med vårdpersonal där vårdpersonal tar initiativet att inleda samtal om sexuell hälsa.

Förekomst

Sexuella hälsoproblem vid olika typer av diabetes

Vad gäller förekomst av sexuella hälsoproblem hos individer med olika typer av DM, beskriver Kouidrat et al. (2017) i en reviewartikel ett starkare samband mellan SD hos män med DM typ 2 än hos män med DM typ 1. Eftersom ingen av studierna som denna litteraturöversikt analyserade undersökte män med DM typ 1 och typ 2 separat, har inte resultatet kunnat bekräfta denna skillnad. Resultatet visar dock samma samband hos kvinnor. Skillnaderna i förekomst av SD upplevd vid DM typ 1 och typ 2 beror sannolikt på att personer med DM typ 2 generellt är äldre och har fler vaskulära komplikationer, faktorer som påverkar sexuell hälsa (Bhasin, Enzlin, Coviello & Basson, 2007; Giraldi et al., 2010 & Nicolosi, Laumann, Glasser, Moreira, Paik & Gingell, 2004).

Korrelerande faktorer

Resultatet visar en positiv korrelation mellan sjukdomens duration och SD vilket Maiorino et al. (2014) funnit hos kvinnor med DM typ 2. Det är dock möjligt att hur väl sjukdomen

regleras över tid har större inverkad på SD än sjukdomens duration i sig. Resultatet visar att SD är vanligare hos patienter som hade andra komplikationer till DM, samtidiga sjukdomar och lägre hälsostatus som högt BMI. Resultatet är dock inte enhetligt då tre av studierna som resultatet bygger på inte fann samband mellan BMI, HbA1c hos kvinnor eller livsstilsbeteenden generellt och SD hos personer med DM. Hulter (2009) och Hulter (2014) menar att SD är relaterat till neurologiska och/eller vaskulära komplikationer till DM. Patienten bör tillfrågas om SD när andra neurologiska komplikationer upptäcks (ibid.). Därför borde mätvärden som HbA1c över tid vara av större intresse än sjukdomens duration eftersom dessa samband främst sammankopplas med en otillräckligt reglerad DM typ 2 (Guðbjörnsdóttir et al., 2016).

Sexuella hälsoproblem och depression

Tidigare forskning indikerar att depression är tre gånger vanligare hos personer med DM än hos personer i övrigt (Grandjean & Moran, 2007). Sambandet mellan depressiva symtom och SD vid DM som beskrivits av Kouidrat et al. (2017) och Maiorino et al. (2014) återfinns i resultatet av denna litteraturöversikt. Samtidigt som sambandet mellan depressiva symtom och SD fastställs starkt, är det fortfarande oklart om depression orsakar SD, eller om det är SD som orsakar depression (De Groot, Anderson, Freedland, Clouse, & Lustman, 2001). Maiorino et al. (2014) påpekar att depressiva symtom även kan vara ett resultat av att inte kunna acceptera och hantera komplikationer till sjukdomen samtidigt som de depressiva symtomen kan förvärra komplikationer. Sådana faktorer framgår inte av resultatet och samband mellan depression, SD och hantering av komplikationer behöver undersökas närmare.

Mätning av förekomst av sexuella hälsoproblem hos kvinnor

Förekomst av SD hos kvinnor varierade markant i studierna som analyserades för denna litteraturöversikt vilket tyder på svårigheter att mäta kvinnors sexuella hälsa. Svårigheterna att undersöka kvinnors sexuella hälsa vid DM kan bero på flera faktorer. Det kan bero på, som Stenhouse (2012) menar, att symtomen för SD hos kvinnor inte är lika uppenbara. Rent fysiologiskt genereras dock erektion hos kvinnor av samma fysiologiska mekanismer som hos män. Därför borde DM ha liknande fysiologisk effekt på sexuell funktion hos både män och kvinnor, även om mekanismen inte är lika märkbar hos kvinnor (Maiorino et al., 2014). Svårigheten att undersöka kan också bero på otillräckliga mätinstrument som inte fångar helheten av sexuell hälsa hos kvinnor. Att det inte har forskats lika länge eller lika mycket på kvinnor med DM som det forskats på män (Rutte et al., 2015) kan absolut vara en faktor. Att kunna mäta kvinnors sexuella hälsa och ta fram statistik som speglar verkligheten är dock viktigt för att kunna urskilja vilka kvinnor som kan vara i behov av stöd från sjukvården. Situationen försvåras av att sexuell hälsa är, som flera författare beskrivit (Hulter, 2014; Klaeson et al., 2016 & Sahin et al., 2011), tabu. Det är dock svårt, oavsett, att undersöka kvinnors sexualitet i kulturer där det är socialt accepterat att kvinnor har sex mot sin vilja som Erten et al. (2014) och Owiredi et al. (2017) beskriver kulturerna i Turkiet respektive Ghana. WHO (2006) menar att en god sexuell hälsa är omöjlig att uppnå vid sexuellt tvång.

Vem bestämmer vad sex betyder?

Flera av studierna undersökte penetrerande samlag specifikt vilket kan vara missvisande då andra typer av sex inte behöver innebära samma problem. Detta problem är dock inte enbart

begränsat till dessa studier utan omfattar även utformningen av de validerade frågeformulären som används inom forskningsområdet. Både FSFI och IIEF (se Förkortningar och definitioner) kan ge utrymme för olika former av sexuell aktivitet, men det som räknas som sex på frågeformulären är bara penetrerande samlag. Allt annat ingår som endast "förspel" eller "smekande" (Cappelleri et al., 1999 & Rosen et al., 2000). Klaeson et al. (2016) riktar kritik mot den svenska sjukvården för att vara heteronormativ. En patriarkal och förlegad syn på sex gör det uppenbart svårt att undersöka kvinnors sexualitet. Bjerggaard et al. (2015) uttrycker att det är relevant att diskutera alternativa uttryck för sexualitet och ompröva forskningens syn på sexualitet. De flesta studier i denna litteraturöversikt undersökte enbart sexuell hälsa i relation till heterosexuella parrelationer. Av all litteratur författarna till denna litteraturöversikt gått igenom är det enbart Jowett et al. (2012) som belyser den sexuella hälsans betydelse för personer som inte är heterosexuella och personer som inte lever i parrelationer. Jowett et al. (2012) var dessutom den enda studien som uttryckligen belyser den sexuella hälsans påverkan på relationen till den egna kroppen.

Patientens upplevelse

Upplevelse av sexuella hälsoproblem: Mer än ett frågeformulär?

Det är viktigt att nämna att det är möjligt för en person som känner tillfredsställelse över sitt sexliv att mäta SD genom mätverktygen IIEF, FSFI och ASEX (se Förkortningar och definitioner). Detta utfall kan ske när ett antal fysiologiska komplikationer rapporteras oavsett vad patienten uppgett i frågor om mer existentiella aspekter av sitt sexliv. Begreppet sexuell hälsa syftar inte till fysiologiska funktioner utan innebär välbefinnande psykologiskt, känslomässigt, mentalt och socialt i relation till sexualitet (WHO, 2006). Bilden av patientens sexuella hälsa blir alltså otillräcklig med IIEF, FSFI och ASEX. För att fånga aspekten av tillfredsställelse med sexliv har några författare använt sig av mätinstrumentet Sexuality Quality of Life Questionnaire (SQoL). Detta mätinstrument fokuserar enbart på deltagarens känslor kring sitt sexliv (Abraham, Symonds & Morris, 2006). Andra författare (Bjerggaard et al., 2015 & Erten et al., 2014) utformade själva flera frågor för att specifikt fånga patientens existentiella erfarenhet av besvär eller missnöje i motsats till fysiologiska aspekter av sexuell hälsa. Problemet med att undersöka sexuell hälsa är att begreppet hälsa kan definieras på olika sätt (Brölde & Tengland, 2003). Författarna till denna litteraturöversikt har noterat att hälsa i vissa studier definieras som funktionsförmåga men i andra studier definieras hälsa som välbefinnande. SD kan alltså likställas med sexuell ohälsa om hälsa definieras som funktionsförmåga. Patientens subjektiva upplevelse bortses då helt ifrån. WHO (2006) definierar sexuell hälsa utifrån välbefinnande vilket författarna till denna litteraturöversikt anser vara en adekvat definition att använda inom forskning och vård inom problemområdet.

Nedsatt sexlust och sexuell inaktivitet: Ett val eller en komplikation?

WHO (2006) fastställer att det är varje människas rätt att välja huruvida hen vill vara sexuellt aktiv eller ej. Resultatet visar att ju längre duration av DM hos män desto fler var sexuellt inaktiva (ibid.). Ett problem uppstår här då männens eventuella val att inte vara sexuellt aktiva bör respekteras men deras val bero på att de upplever sexuella problem till följd av sin sjukdom. På samma sätt finns en paradox kring sexlust. Resultatet visar att nedsatt sexlust är bland de vanligaste sexuella komplikationerna till DM. Det är då sjuksköterskans uppgift (Hulter, 2014) att göra patienten uppmärksam på kopplingen mellan sjukdomen och sexuella

problem och förmedla information om behandlingsalternativ. När personer inte vill få hjälp med sexuella problem, som kvinnorna i Turkiet som intervjuades av Erten et al. (2014), borde det respekteras. Om de dock hypotetiskt skulle få hjälp med de sexuella problem som upplevdes, hade de då haft en annan syn på sin sexualitet?

Sexuella hälsoproblem och dess påverkan på sexuella relationer

Resultatet visar att SD kan göra det svårare att skapa nya sexuella relationer eftersom de förväntningar på sexuell prestation som finns kanske inte kan levas upp. SD kan påverka sexuella relationer till andra människor och flera sexuella hälsoproblem gör att den drabbade patienten och/eller dess partner kan känna missnöje över sitt sexliv. Partnern är en resurs som kan ha både positiv och negativ inverkan på patientens sexuella hälsa (Benzein et al., 2014) vilket kan ses i resultatet genom den skuld som flera av patienterna känner över sina sexuella problem när partnern är missnöjd över deras sexliv. Det är viktigt att beakta att både patienten och eventuell partner behöver stöd och omvårdnad. Sexuella hälsoproblem innebär lidande och det är sjuksköterskans uppgift att stödja patienten genom lidande (Travelbee, 2001). Sjuksköterskan behöver kunna stötta patienten och dess partner att hantera sexuella svårigheter och hjälpa patienten och dess partner att se sina möjligheter för att finna mening med sexliv trots hinder och bygga stadiga strategier för att övervinna sina hinder.

Behov av stöd

Avsaknad av information från sjukvården

Trots att sexuella hälsoproblem är vanligt vid DM visar resultatet att få patienter kände till risken för sexuella hälsoproblem vid DM. Det är anmärkningsvärt att WHO's (2016) Global report on diabetes inte nämner sexuell hälsa alls. Ändå menar WHO (2006) att varje människa har rätt till den högsta standarden av sexuell hälsa som är tillgänglig och då även rätt till sjukvård för att uppnå detta. Det är viktigt att både män och kvinnor informeras om vilka risker för sexuella problem sjukdomen innebär och vilka behandlingsalternativen är.

Avsaknaden av stöd från sjukvården

Resultatet visar ett linjärt samband mellan ålder och förekomst av SD och/eller missnöje över sexliv. DM typ 2 är vanligare i den äldre befolkningen. Äldre människor är en patientgrupp som sjuksköterskor upplever speciellt svår att prata om sexuell hälsa med (Klaeson et al., 2016). Detta innebär sannolikt att sjuksköterskor undviker att prata om sexuell hälsa med patienter som faktiskt behöver det. Att patienter som har levt med SD under lång tid är, enligt resultatet, mindre benägna att söka hjälp kan bero på att de accepterat symtomen och vant sig vid tillståndet (Lister et al., 2013). Det kan dock också bero på samma känsla av hopplöshet som Stiffler et al. (2014) beskriver kan kännas vid anpassning av livsstil till sjukdomen. Kanske söker patienter inte hjälp för att de känner sig uppgivna inför sina sexuella problem och att söka kontakt med vården känns lönlöst, särskilt när sjuksköterskor har svårt för att samtala om ämnet.

Sjuksköterskorna som Klaeson et al. intervjuade (2016) uppgav att de hade lättast att prata med män. Samtidigt fann Bjerggaard et al., 2015 att endast 21 % av de män som upplevde SD fått farmakologisk behandling. Patienter kan dock ha blivit erbjudna farmakologisk

behandling men avstått. Resultatet visar att patienterna efterfrågade psykologisk hjälp snarare än farmakologisk hjälp. De Berardis et al. (2002) fann dock att två tredjedelar av män med DM typ 2 aldrig hade tillfrågats om sexuella problem av sin läkare. Verschuren, Enzlin, Dijkstra, Geertzen, & Dekker (2010) menar att SD är den mest förbisedda komplikationen till kroniska sjukdomar som DM. Resultatet visar att på grund av vårdpersonalens undvikande att prata om sexuell hälsa lider många patienter av sexuella problem i tystnad vilket Muniyappa, Norton, Dunn, & Banerji, (2005) menar påverkar livskvaliteten. Det är därför av intresse för vårdpersonal att ha kunskap om hur sexuella problem kan upplevas och vilken emotionell inverkan dessa svårigheter kan ha på patienten.

Patienter som inte söker hjälp

Kvinnor med DM upplever enligt resultatet ofta nedsatt sexuell lust, svårighet att nå sexuell upphetsning eller orgasm samt smärta vid samlag i stor utsträckning vilket även Maiorino et al. (2014) beskriver. Kvinnornas upplevelse av sexuell ohälsa tyder på ett behov av stöd från sjukvården. Viss medicinsk behandling har dessutom visats effektiv mot flera sexuella problem vid diabetes (Maiorino et al, 2014 & Shivananda & Rao, 2016). Ändå är det färre av dessa kvinnor, jämfört med män, som anser sig behöva hjälp av sjukvården och/eller söker hjälp. Detta kan bero på att det finns mer kunskap om SD vid DM hos män och dessutom fler behandlingsalternativ.

Vissa patienter menar att de endast skulle vara intresserade av att prata om sina sexuella problem om det fanns en lösning att erbjuda (Rutte et al., 2016). Detta resonemang kan göra att det känns övermäktigt för sjuksköterskan att ta sig an att försöka stötta patienten i dess sexuella hälsa. Resonemanget kan dock ställas i relation till vården generellt. Människor söker vård av hälso- och sjukvården i syfte att få hjälp. Om det inte finns hjälp att få är det naturligt att känna att hjälpen söks i onödan. Sjukvården kan inte, med de resurser och den kunskap som finns idag, lindra eller bota alla hälsoproblem.

Sexuella hälsoproblem: Sjuksköterskans ansvarsområde

I resultatet framgår att det finns fall där vårdpersonal verkar ha känt till att sexuella problem vid DM är vanliga men avsagt sig ansvaret att se till att patienten fick hjälp vilket även Klaeson et al. (2016) beskriver. Detta kan vara ett manifest av det stigma som finns kring sjukdomen som Gredig & Bartelsen-Raemy (2017) beskriver. Personer som inte har DM upplever inte att det finns ett stigma kring sjukdomen (Schabert, Browne, Mosely & Speight, 2013) och därför kan vårdpersonal bagatellisera sexuella problem hos patienter med DM utan att vara medvetna om det. Att anse att patienter med DM bör skylla sig själva för de komplikationer de drabbas av, som Gredig & Bartelsen-Raemy (2017) beskriver, påverkar med all sannolikhet vilka behandlingsalternativ som erbjuds. Fördomar som denna är sannolikt en copingstrategi för att hantera situationer som upplevs som svåra. Fördomarna gör sannolikt att sjuksköterskan kategoriserar patienten och förhindrar byggandet av relation mellan sjuksköterska och patient redan vid första fasen som Travelbee (2001) beskriver. Travelbee (2001) påpekar att det är viktigt att sjuksköterskor har självinsikt, empatisk förmåga och intresse för andra människor. Att ha självinsikt om sina fördomar ger en möjlighet att kunna utmana dem. Empatisk förmåga ger möjlighet att skapa relationer till patienter. Intresse för andra människor ger då incitament för att utmana sina fördomar och skapa relationer till patienter. Att ha en relation till en patient gör att sjuksköterskan ser fler

nyanser av patientens personlighet och det torde bli svårare att placera patienten i en struktur byggd av fördomar.

Sjuksköterskan förväntas ge råd och stöd till patienten relaterat till sexuell hälsa vid DM (Hulter, 2014). Frid & Annersten Gershater (2016) menar att målsättningen med diabetesvården är att minska riskerna för akuta och långsiktiga komplikationer och samtidigt bibehålla livskvaliteten hos patienten. Detta betyder att samtal kring sexuell hälsa ska ingå i diabetesvården eftersom sexuella problem ofta är komplikationer till sjukdomen vilka har inverkan på livskvaliteten. Även Travelbee (2001) beskriver hur det är sjuksköterskans uppgift att hjälpa patienten att förebygga det lidande som sexuella hälsoproblem innebär.

Vårdpersonalens behov av stöd

Kunskapsförmedling till sjuksköterskan

Den bristande kunskap som vårdpersonal har om sexuell hälsa och behandlingsalternativ bidrar till uppfattningar om att sexuell hälsa inte är en viktig del inom diabetesvård (Sahin et al., 2011). Det framgick tydligt i resultatet att de flesta patienter var i behov av och villiga att prata öppet om sina sexuella problem med vårdpersonal men att barriären är vårdgivarnas osäkerhet vilket även Shinavanda et al. (2016) beskrivit. Detta beskrivs även i studierna av Klaeson et al. (2016) och Sahin et al. (2011) där sjuksköterskorna upplever osäkerhet inför dessa typer av samtal. Resultatet visar även att patienter tvivlar på diabetessköterskans kunskaper om sexuell hälsa, vilket tyder på att de sannolikt inte har högre förhoppningar om den grundutbildade sjuksköterskans kunskaper. Den bristande kunskapen bekräftas av Klaeson et al. (2016) som understryker bristen på undervisning i ämnet i sjuksköterskornas grundutbildning och stöd från arbetsplatsen. Bristen på kunskap manifesteras ytterligare av resultatet då intervjupersonerna som erbjudits hjälp av sjukvården för sexuella problem var missnöjda med hjälpen som erbjudits.

Kunskapen om flera vanliga sexuella komplikationer vid DM är väldokumenterade i vetenskapliga artiklar men når inte fram till sjuksköterskan (Klaeson et al., 2016 & Sahin et al., 2011). I kursboken *Omvårdnad vid diabetes* (Wikblad, 2012), riktad till diabetessköterskestudenter, presenteras olika diabeteskomplikationer följt av åtgärder för nämnda komplikationer. Rubriken *åtgärder* saknas dock för sexuella komplikationer och de åtgärder som faktiskt rekommenderas saknar alla referenser. Författarna till denna litteraturöversikt undrar då vad dessa rekommendationer är byggda på: evidens som stöds av forskning, eller endast beprövad erfarenhet? Intrycket är att det finns en stor diskrepans mellan forskning och information, till och med i utbildningen, som sjuksköterskan och även diabetessjuksköterskan genomgår.

Hjälpmedel som stöd till sjuksköterskan

Till att börja med anser författarna till denna litteraturöversikt med flera forskare (Bijlsma-Rutte et al., 2017 & Corona et al., 2014) att patienter med DM borde screenas för SD. Detta för att SD vid DM är en stark indikator för risk för kardiovaskulär sjukdom (Corona et al., 2014 & Shivananda & Rao, 2016). Screening skulle dessutom normalisera samtal om sexuell

hälsa i tidigt fas för patienter med diabetes, vilket sjuksköterskor har föreslagit som en strategi för att minska obekvämlighet kring ämnet (Klaeson et al., 2016). Det finns en efterfrågan om stöd från organisationen i form av till exempel standardiserade frågeformulär.

Utifrån resultatet anser författarna att PLISSIT-modellen, för samtal om sexuell hälsa inom sjukvård, kan vara ett välbehövt stöd för vårdpersonal i samtal med diabetespatienter. Modellen underlättar för intervjuaren att inleda samtal om sexuell hälsa och modellens nivåer ger en tydlig ram för vad som ingår i intervjuarens ansvarsområde och vad som inte ingår. Detta ger sannolikt intervjuaren trygghet att föra samtal om sexuell hälsa trots den tabu som omger ämnet. Det är dock viktigt att intervjuaren vet vem patienten ska hänvisas till om problem som intervjuaren inte kan hjälpa patienten med framkommer.

Sjuksköterskor är sannolikt den yrkesgrupp som patienter med DM träffar mest frekvent i hälso- och sjukvården. Personer med DM är dessutom en mycket vanlig patientgrupp inom sjukvården då 4,5 % av Sveriges befolkning har DM (Guðbjörnsdóttir et al., 2017). Därför behöver sjuksköterskor få utbildning inom sexuell hälsa vid diabetes och tränas till att samtala med patienten om ämnet och identifiera risksymptom. Det är också viktigt att sjuksköterskor känner till statistiska samband mellan olika faktorer och sexuell ohälsa för att kunna prioritera resurser på ett försvarbart sätt.

Slutsats

Att förekomsten av SD varierade såpass markant i flera avseenden tyder på de sexuella problemens multifaktoriella komplexitet. Kulturella faktorer och förutfattade meningar, hos både aktör och patient, försvårar sannolikt forskning och vård. Detta speglas i den snäva synen på sex som undersökts genom enkäter i studierna som resultatet bygger på. Faktorer som sociala faktorer kan ha större inverkan på den sexuella hälsan i kulturer som skiljer sig från den svenska kulturen men Sverige blir ett alltmer mångkulturellt land. Detta betyder att faktorer som påverkar den sexuella hälsan i andra kulturer är eller kommer att bli av intresse även i Sverige. Det kan vara svårt att avgöra huruvida patienter som är sexuellt inaktiva borde erbjudas stöd och/eller behandling eller om deras sexuella inaktivitet ska respekteras. Det är därför viktigt att patienter får tillräcklig information som underlag för att fatta sådana beslut. Det lidande som SD kan innebära för patienten förbises av vården trots att det är sjuksköterskans ansvar att stötta patienten. Vårdpersonalens okunskap och osäkerhet kring sexuell hälsa vid DM är sannolikt en orsak till att sexuell hälsa undviks att samtalas om med patienter. Detta kan öka stigma kring sjukdomen då det är en rimlig copingstrategi för vårdpersonal att rättfärdiga sitt undvikande med fördomar. Självinsikt hos vårdpersonal är därför viktigt. Vårdpersonalen behöver stötta av organisationen för att en förändring ska ske. Stödmaterial finns men kunskap och strukturerade insatser behöver nå ut till sjuksköterskorna.

Kliniska implikationer

Resultatet visar att patienter med DM har ett stort behov av både stöd och kunskap från vården relaterat till sexuell hälsa. Den omfattande kunskapsbristen hos patienterna tyder på att sjukvården behöver bli bättre på att tillgodose detta behov hos patienterna vilket bekräftas av att patienternas uppfattning om att sjukvårdspersonalen inte är kapabel eller har tid att prata om sexuell hälsa.

Fortsatt forskning

Det finns en överraskande stor brist på forskning med kvalitativa metoder inom området sexuell hälsa vid DM, inte minst från patientens perspektiv. Omvårdnad bör alltid vara personcentrerad eftersom patienten är den främsta resursen för utformningen av vården. Därför borde mer omvårdnadsvetenskaplig forskning också utgå från patientens perspektiv. Ett sådant perspektiv saknas till stor del i forskningen inom problemområdet.

Forskningen behöver dessutom undersöka sexuell hälsa hos patienter med olika civilstånd och sexuella läggningar. Näst intill all forskning fokuserar på personer som är heterosexuella och lever i parförhållanden. Även synen på sex bör omprövas av forskarsamhället då de flesta studier som gått igenom endast undersöker penetrerande samlag som sex trots att studiernas syften uppfattats undersöka bredare aspekter av sexuell hälsa. Det saknas även forskning som fokuserar på den sexuella hälsans betydelse för relationen till den egna kroppen oberoende av civilstånd.

Nya mätinstrument behöver utvecklas för att kunna förvärva trovärdiga och adekvata resultat. Forskningen inom problemområdet använder sig av validerade frågeformulär som omöjligt kan omfatta individens hela sexualitet när de fokuserar till stor del på direkta sexuella komplikationer som erektil dysfunktion, lubrikationsproblem eller nedsatt sexlust. Sexualiteten påverkas av biologiska, psykologiska och sociala faktorer. Att enbart fokusera på biologiska faktorer och förbise de psykologiska och sociala faktorerna ger alltså en inkorrekt bild av sexualiteten.

I två av de kvalitativa studierna som inkluderades till denna litteraturöversikt belyses dock att andra sexuella hälsoproblem, rädsla att inte kunna prestera sexuellt och nedsatt lust, kan vara av minst lika stor betydelse för den sexuella hälsan. Mer forskning behövs för att utvidga förståelsen för patientens egna upplevelser av sexuell hälsa och sexuella hälsoproblem vid DM.

Referenslista

- Abraham, L., Symonds, T., & Morris, M. (2006). Psychometric validation of a sexual quality of life questionnaire for use in men with premature ejaculation or erectile dysfunction. *European Urology Supplements*, 5(2), 64. doi:10.1111/j.1743-6109.2007.00749.x
- Almogbel, T. (2014). Erectile dysfunction and other sexual activity dysfunctions among Saudi type 2 diabetic patients. *International Journal of Health Sciences*, 8(4), 347-59.
- Benzein, E., Hagberg, M., & Saveman, B-I. (2014). Familj och sociala relationer. I F. Friberg & J. Öhlén. (Red.), *Omvårdnadens grunder: Perspektiv och förhållningssätt*. (s. 69-88). Lund: Studentlitteratur.
- Bhasin, S., Enzlin, P., Coviello, A., & Basson, R. (2007). Sexual dysfunction in men and women with endocrine disorders. *The Lancet*, 369(9561), 597-611. doi:10.1016/S0140-6736(07)60280-3
- Bijlsma-Rutte, A., Braamse, A., Van Oppen, P., Snoek, F., Enzlin, P., Leusink, P ... Elders, P. (2017). Screening for sexual dissatisfaction among people with type 2 diabetes in primary care. *Journal of Diabetes and Its Complications*, 31(11), 1614-1619. doi:10.1016/j.jdiacomp.2017.07.020
- Billhult, A. & Gunnarsson, R. (2012). Enkäter. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad* (s. 139-149). Lund: Studentlitteratur AB.
- Bjerggaard, M., Charles, M., Kristensen, E., Lauritzen, T., Sandbæk, A., & Giralaldi, A. (2015). Prevalence of sexual concerns and sexual dysfunction among sexually active and inactive men and women with screen-detected type 2 diabetes. *Sexual Medicine*, 3(4), 302-310. doi:10.1002/sm2.91
- Borglin, G. (2012). Mixad Metod - en introduktion. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad* (s. 269-287). Lund: Studentlitteratur.
- Brölde, B., & Tengland, P-A. (2003). *Hälsa och sjukdom - en begreppslig utredning*. Lund: Studentlitteratur.
- Cappelleri, Rosen, Smith, Mishra, & Osterloh. (1999). Diagnostic evaluation of the erectile function domain of the international index of erectile function. *Urology*, 54(2), 346-351. doi:10.1016/S0090-4295(99)00099-0
- Celik, S., Golbasi, Z., Kelleci, M., & Satman, I. (2015). Sexual dysfunction and sexual quality of life in women with diabetes: The study based on a diabetic center. *Sexuality and Disability*, 33(2), 233-241. doi:10.1007/s11195-014-9383-3
- Coimbra, L., & Rangel Teixeira, E. (2015). Sexuality perception on men with diabetes mellitus. *Ciencia, Cuidado E Saude*, 14(1), 970-977.
- Corona, G., Giorda, C., Cucinotta, D., Guida, P., & Nada, E. (2014). Sexual dysfunction at the onset of type 2 diabetes: The interplay of depression, hormonal and cardiovascular factors. *Journal of Sexual Medicine*, 11(8), 2065-2073. doi:10.1111/jsm.12601
- De Berardis, G., Franciosi, M., Belfiglio, M., Di Nardo, B., Greenfield, S., Kaplan, S., ... Nicolucci, A. (2002). Erectile dysfunction and quality of life in type 2 diabetic patients: A serious problem too often overlooked. *Diabetes Care*, 25, 284-291.
- De Groot, M., Anderson, R., Freedland, K. E., Clouse, R. E., & Lustman, P. J. (2001). Association of depression and diabetes complications: A meta-analysis. *Psychosomatic Medicine*, 63(4) 619-630. doi:0033-3174/01/6304-0619

- Erten, Z., Zincir, H., Özkan, F., Selçuk, A., & Elmali, F. (2014). Sexual lives of women with diabetes mellitus (type 2) and impact of culture on solution for problems related to sexual life. *Journal of Clinical Nursing*, 23(7-8), 995-1004. doi:10.1111/jocn.12273
- Friberg, F. (2012). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 133-143). Lund: Studentlitteratur.
- Frid, A., & Annersten Gershter, M. (2016). Diabetes mellitus. i A. Ekwall & A. M. Jansson (Red.), *Omvårdnad & medicin* (s. 337-352) Lund: Studentlitteratur
- Giraldi, A., & Kristensen, E. (2010). Sexual dysfunction in women with diabetes mellitus. *The Journal of Sex Research*, 47(2-3), 199-211. doi:10.1080/00224491003632834
- Grandjean, C., & Moran, B. (2007). The impact of diabetes mellitus on female sexual wellbeing. *The Nursing Clinics of North America*, 42(4), 581-592. doi: 10.1016/j.cnur.2007.08.004
- Gredig, D., & Bartelsen-Raemy, A. (2016). Diabetes-related stigma affects the quality of life of people living with diabetes mellitus in Switzerland: Implications for healthcare providers. *Health and Social Care in the Community*, 25(5), 1620-1633. doi:10.1111/hsc.12376
- Groop, L., Lyssenko, V., & Renström, E. (2009). Orsaker till typ 2-diabetes. I C-D. Agardh & C. Berne (Red.) *Diabetes* (s. 102-108). Stockholm: Liber.
- Guðbjörnsdóttir, S., Cederholm, J., Nunez, L., & Eliasson, B. (2007). *Årsrapport 2007*. Göteborg: Nationella Diabetesregistret.
- Guðbjörnsdóttir, S., Svensson, A-M., Eliasson, B., Eeg-Olofsson, K., Samuelsson, P., Linder, E., ... & Almskog, I. (2017). *Årsrapport 2016*. Göteborg: Nationella Diabetesregistret.
- Gåfvels, C., Rane, K., Wajngot, A., & Wändell, P. (2014). Follow-up two years after diagnosis of diabetes in patients with psychosocial problems receiving an intervention by a medical social worker. *Social Work in Health Care*, 53(6), 584-600. doi:10.1080/00981389.2014.909916
- Hatzichristou, D., Rosen, R., Broderick, G., Clayton, A., Cuzin, B., Derogatis, L. ... Seftel, A. (2004). Clinical evaluation and management strategy for sexual dysfunction in men and women. *Journal of Sexual Medicine*, 1(1), 49-57. doi:10.1111/j.1743-6109.2004.10108.x
- Hatzimouratidis, K., Amar, E., Eardley, I., Giuliano, F., Hatzichristou, D., Montorsi, F., ... Wespes, E. (2010). Guidelines on male sexual dysfunction: Erectile dysfunction and premature ejaculation. *European Urology*, 57(5), 804-14. doi:10.1016/j.eururo.2010.02.020
- Hendrickx, L., Gijs, L., & Enzlin, P. (2013). Distress, Sexual Dysfunctions, and DSM: Dialogue at Cross Purposes? *Journal of Sexual Medicine*, 10(3), 630-641. doi:10.1111/j.1743-6109.2012.02971.x
- Hulter, B. (2009). Sexualitet och diabetes. I C-D. Agardh & C. Berne (Red.) *Diabetes* (s. 348-363). Stockholm: Liber.
- Hulter, B. (2014). Sexualitet. I A-K. Edberg & H. Wijk (Red.), *Omvårdnadens grunder: Hälsa och ohälsa* (s. 583-609). Lund: Studentlitteratur.
- Ismail, A., Baw, R., Sidi, H., Guan, N., Midin, M., Jaafar, N. ... Manaf, M. (2014). Orgasmic dysfunction among Malay diabetic women in Malaysia. *Comprehensive Psychiatry*, 55(1), 29-33. doi:10.1016/j.comppsy.2013.03.009
- Jansson, S. P. O., Fall, K., Brus, O., Magnuson, A., Wändell, P., Östgren, C. J., & Rolandsson, O. (2015). Prevalence and incidence of diabetes mellitus: A nationwide

- population-based pharmaco-epidemiological study in Sweden. *Diabetic Medicine*, 32, 1319-1328. doi:10.1111/dme.12716
- Johansson, U.-B., & Leksell, J. (2009). Psykosociala aspekter. I C-D. Agardh & C. Berne (Red.) *Diabetes* (s. 449-459). Stockholm: Liber.
- Jowett, A., Peel, E., & Shaw, R. (2012). Sex and Diabetes: A thematic analysis of gay and bisexual men's accounts. *Journal of Health Psychology*, 17(3), 409-418. doi:10.1177/1359105311412838
- Klaesson, K., Hovlin, L., Guvå, H., & Kjellsdotter, A. (2016). Sexual health in primary health care - a quantitative study of nurses' experience. *Journal of Clinical Nursing*, 26, 1545-1554. doi:10.1111/jocn.13454
- Kouidrat, Y., Pizzol, D., Cosco, T., Thompson, T., Carnaghi, M., Bertoldo, A., ... Veronese, N. (2017). High prevalence of erectile dysfunction in diabetes: A systematic review and meta-analysis of 145 studies. *Diabetic Medicine*, 34(9), 1185-1192. doi:10.1111/dme.13403
- Lager, I. (2009). Metabola rubbningar vid diabetes. I C-D. Agardh & C. Berne (Red.) *Diabetes* (s. 30-40). Stockholm: Liber.
- Lerner, A., Jeremias, P., & Matthias, T. (2015). The world incidence and prevalence of autoimmune diseases is increasing. *International Journal of Celiac Disease*, 3(4), 151-155. doi:10.12691/ijcd-3-4-8
- Lindholm, E. (2009). Definition, diagnostik och klassificering. I C-D. Agardh & C. Berne (Red.) *Diabetes* (s. 17-29). Stockholm: Liber.
- Lister, Z., Fox, C., & Wilson, C. M. (2013). Couples and diabetes: A 30-year narrative review of dyadic relational research. *Contemporary Family Therapy*, 35(4), 613-638. doi:10.1007/s10591-013-9250-x
- Maiorino, M. I., Bellastella, G., & Esposito, K. (2014). Diabetes and sexual dysfunction: Current perspectives. *Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity: Targets and Therapy*, 7, 95-105. doi:10.2147/DMSO.S36455
- McGahuey, A., Gelenberg, A., Laukes, C., Moreno, F., Delgado, P., McKnight, K., & Manber, R. (2000). The Arizona Sexual Experience Scale (ASEX): Reliability and validity. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26(1), 25-40. doi:10.1080/009262300278623
- Mercer, B. (2008). Interviewing people with chronic illness about sexuality: An adaptation of the PLISSIT model. *Journal of Clinical Nursing*, 17(11c), 341-351. doi:10.1111/j.1365-2702.2008.02582.x
- Morse, J., Niehaus, L., Wolfe, R., & Wilkins, S. (2006). The role of the theoretical drive in maintaining validity in mixed-method research. *Qualitative Research in Psychology*, 3(4), 279-291. doi:10.1177/1478088706070837
- Muniyappa, R., Norton, M., Dunn, M. E., & Banerji, M. A. (2005). Diabetes and female sexual dysfunction: Moving beyond "benign neglect". *Current Diabetes Reports*, 5, 230-236. doi:10.1007/s11892-005-0014-3
- Nathan, D., Turgeon, H., & Regan, S. (2007). Relationship between glycated haemoglobin levels and mean glucose levels over time. *Diabetologia*, 50(11), 2239-2244. doi:10.1007/s00125-007-0803-0
- Nicolosi, A., Laumann, E. O., Glasser, D. B., Moreira, E. D. J., Paik, A., & Gingell, C. (2004). Sexual behavior and sexual dysfunctions after age 40: The global study of sexual attitudes and behaviors. *Urology*, 64(5), 991-997. doi:10.1016/j.urology.2004.06.055
- Nyberg, G., & Svensson, M. (2009). Nefropati. I C-D. Agardh & C. Berne (Red.) *Diabetes* (s. 319-334). Stockholm: Liber.

- Owiredu, W., Alidu, H., Amidu, N., Obirikorang, C., Gyasi-Sarpong, C., Bawah, A., ... Luuse, A. (2017). Sexual dysfunction among diabetics and its impact on the SQoL of their partners. *International Journal of Impotence Research*, 1, 1-8. doi:10.1038/ijir.2017.32
- Pakpour, A. H., Zeidi, I. M., Saffari, M., & Burri, A. (2013). Psychometric properties of the Iranian version of the sexual quality of life scale among women. *Journal of Sexual Medicine*, 10, 981-989. doi:10.1111/jsm.12042
- Rosen, C. Brown, J. Heiman, S. Leiblum, C. Meston, R. Shabsigh, R., ... & D'Agostino, R. (2000). The Female Sexual Function Index (FSFI): A multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26(2), 191-208. doi:10.1080/009262300278597
- Rosén, M. (2012). Systematisk litteraturöversikt. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad* (s. 429-444). Lund: Studentlitteratur AB.
- Rust, J., & Golombok, S. (1986). The GRISS: A psychometric instrument for the assessment of sexual dysfunction. *Archives of Sexual Behavior*, 15(2), 157-165. doi:10.1007/BF01542223
- Rutte, A., Van Splunter, M., Van der Heijden, A., Welschen, L., Elders, P., Dekker, J., ... Nijpels, G. (2015). Prevalence and correlates of sexual dysfunction in men and women with type 2 diabetes. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 41(6), 680-690. doi:10.1080/0092623X.2014.966399
- Rutte, A., Welschen, L., Van Splunter, M., Schalkwijk, A., De Vries, L., Snoek, F., ... Elders, P. (2016). Type 2 diabetes patients' needs and preferences for care concerning sexual problems: A cross-sectional survey and qualitative interviews. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 42(4), 324-337. doi:10.1080/0092623X.2015.1033578
- Sabone, M. (2008). The illness demands of diabetes on couples in Botswana. *Journal of Family Nursing*, 14(3), 363-382. doi:10.1177/1074840708323047
- Sahin, N. H., Ozcan, S., Yilmaz, S. D., & Bilgic, D. (2011). Attitudes and barriers of diabetes health care professionals on sexual health. *Sexuality & Disability*, 29, 3-9. doi:10.1007/s11195-010-9192-2
- Saydah, S. H., Eberhardt, M. S., Loria, C. M., & Brancati, F. L. (2002). Age and the burden of death attributable to diabetes in the United States. *American Journal of Epidemiology*, 156(8), 714-719. doi:10.1093/aje/kwf111
- Schabert, J., Browne, J. L., Mosely, K., & Speight, J. (2013). Social stigma in diabetes: A framework to understand a growing problem for an increasing epidemic. *The Patient - Patient-Centered Outcomes Research*, 6(1), 1-10. doi:10.1007/s40271-012-0001-0
- Shivananda, M. J., & Rao, S. T. S. (2016). Sexual dysfunction in medical practice. *Current Opinion in Psychiatry*, 29(6), 331-335. doi:10.1097/YCO.0000000000000281
- Sivrikaya, S., Ünsal, A., & Karabulutlu, E. (2014). Sexual dysfunction and depression in Turkish women with type 2 diabetes mellitus. *Sexuality and Disability*, 32(1), 3-13. doi:10.1007/s11195-013-9337-1
- Socialstyrelsen. (2009). *Folkhälsorapport 2009 - Övervikt, hjärt- och kärlsjukdomar och diabetes*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. (2014). *Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården: en handbok. (2. uppl.)* Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU).
- Statistiska Centralbyrån. (2017). *Folkmängd i riket, län och kommuner 31 december 2016*

- och befolkningsförändringar 1 oktober–31 december 2016. Hämtad 2017-10-16 från <http://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/befolkning/befolkningens-sammansattning/befolkningsstatistik/pong/tabell-och-diagram/kvartals--och-halvarsstatistik--kommun-lan-och-riket/kvartal-4-2016/>
- Stenhouse, E. (2012). Effects of diabetes on women's reproductive health. *Nursing Standard*, 26(38), 35-49. doi:10.7748/ns2012.05.26.38.35.c9110
- Stiffler, D. Cullen, D., & Luna, G. (2014). Diabetes barriers and self-care management: The patient perspective. *Clinical Nursing Research*, 23(6), 601-626. doi:10.1177/1054773813507948
- Tegner, E. (2009). Huden. I C-D. Agardh & C. Berne (Red.) *Diabetes* (s. 435-439). Stockholm: Liber.
- Thorp, J., Palacios, S., Symons, J., Simon, J., & Barbour, K. (2014). Improving prospects for treating hypoactive sexual desire disorder (HSDD): development status of flibanserin. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 121(11), 1328-1331.
- Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal
- Verschuren, J., Enzlin, P., Dijkstra, P., Geertzen, J., & Dekker, R. (2010). Chronic disease and sexuality: A generic conceptual framework. *Journal of Sex Research*, 47, 153–170. doi: 10.1080/00224491003658227
- Wallengren, C., & Henricson, M. (2012). Vetenskaplig kvalitetssäkring av litteraturbaserat examensarbete. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad* (s. 481-496). Lund: Studentlitteratur AB.
- Wikblad, K. (Red.). (2012). *Omvårdnad vid diabetes*. Lund: Studentlitteratur.
- Willman, A. (2014). Hälsa och välbefinnande. I A-K. Edberg & H. Wijk (Red.), *Omvårdnadens grunder: Hälsa och ohälsa* (s. 37-51). Lund: Studentlitteratur.
- Willman, A., Bahtsevani, C., Nilsson, R., & Sandström, B. (2016). *Evidensbaserad omvårdnad - En bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur
- World Health Organization (WHO). (2006). *Defining sexual health: Report of a technical consultation on sexual health, 28–31 January 2002, Geneva*. Genève: World Health Organization
- World Health Organization, (WHO). (2015). *Brief sexuality-related communication: recommendations for a public health approach*. Genève: World Health Organization
- World Health Organization, (WHO). (2016). *Global Report on Diabetes*. Genève: World Health Organization
- Östlundh, L. (2017). Informationssökning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats - Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (s. 59-82). Lund: Studentlitteratur.

Bilaga 1: Söktabeller för den aktuella litteratursökningen

Litteratursökning Cinahl 2017-10-12 Tidsram 2014-2017	Träffar	Artiklar inkluderade efter genomgång av titlar	Artiklar inkluderade efter genomgång av abstract	Artiklar inkluderade efter artiklar lästs	Artiklar inkluderade efter kvalitetsgranskning
Sökord: diabetes AND sexual*	23	12	11	4	3 Celik et al., 2015 Erten et al., 2014 Sivrikaya et al., 2014

Litteratursökning Cinahl 2017-10-23 Tidsram 2007-2013	Träffar	Artiklar inkluderade efter genomgång av titlar	Artiklar inkluderade efter genomgång av abstract	Artiklar inkluderade efter artiklar lästs	Artiklar inkluderade efter kvalitetsgranskning
Sökord: diabetes AND sexual*	89	23	5	2	1 Jowett et al., 2012

Litteratursökning PubMed 2017-10-19 Tidsram 2014-2017	Träffar	Artiklar inkluderade efter genomgång av titlar	Artiklar inkluderade efter genomgång av abstract	Artiklar inkluderade efter artiklar lästs	Artiklar inkluderade efter kvalitetsgranskning
Sökord: diabetes AND sexual* AND (nurs* OR care OR caring)	102	38	13	7	6 Bijlsma-Rutte et al., 2017 Bjerggaard et al., 2015 Rutte et al., 2015a Rutte et al., 2016 Corona et al., 2014 Erten et al., 2014*

* Artikel funnen i tidigare sökning och/eller i annan databas

Litteratursökning PubMed 2017-10-23 Tidsram 2007-2017	Träffar	Artiklar inkluderade efter genomgång av titlar	Artiklar inkluderade efter genomgång av abstract	Artiklar inkluderade efter artiklar lästs	Artiklar inkluderade efter kvalitetsgranskning

Sökord: <i>diabetes AND sexual* AND (qualitative OR phenomenol* OR grounded theor* OR purposive sample OR hermeneutic* OR heuristic* OR lived experience* OR narrative* OR life experience* OR cluster sample OR thematic analysis OR constant comparative method OR theoretical sample OR focus group OR interview*)</i>	102	28	8	5	4 Rutte et al., 2016* Corona et al., 2014* Erten et al., 2014* Owiredu et al., 2017
---	-----	----	---	---	---

* Artikel funnen i tidigare sökning och/eller i annan databas

Litteratursökning PsycINFO 2017-10-19 Tidsram 2014-2017	Träffar	Artiklar inkluderade efter genomgång av titlar	Artiklar inkluderade efter genomgång av abstract	Artiklar inkluderade efter artiklar lästs	Artiklar inkluderade efter kvalitetsgranskning
Sökord: <i>diabetes AND sexual* AND (nurs* OR care OR caring)</i>	22	10	8	4	4 Rutte et al., 2015a* Rutte et al., 2016* Corona et al., 2014* Erten et al., 2014*

* Artikel funnen i tidigare sökning och/eller i annan databas

Litteratursökning PsycINFO 2017-10-23 Tidsram 2007-2017	Träffar	Artiklar inkluderade efter genomgång av titlar	Artiklar inkluderade efter genomgång av abstract	Artiklar inkluderade efter artiklar lästs	Artiklar inkluderade efter kvalitetsgranskning
Sökord: <i>diabetes AND sexual* AND (qualitative OR phenomenol* OR grounded theor* OR purposive sample OR hermeneutic* OR heuristic* OR lived experience* OR narrative* OR life experience* OR cluster sample OR thematic analysis OR constant comparative method OR theoretical sample OR focus group OR interview*)</i>	10	7	5	1	1 Erten et al., 2014*

* Artikel funnen i tidigare sökning och/eller i annan databas

Bilaga 2: Redovisning av artiklar exkluderade under kvalitetsgranskning

Författare, År, Land	Syfte	Anledning till exkludering
Almogbel, 2014, Saudiarabien	“To determine the prevalence of erectile dysfunction in Type 2 diabetic Saudi patients, to determine the effect of Type 2 diabetic on other sexual activities (intercourse satisfaction, orgasmic function, sexual desire, overall satisfaction), and to assess whether glycemic control and duration of diabetes have an influence on sexual activities or not.”	9/18* -Problemområdet ottydligt beskrivet. Oklart vad som saknas och vad som behöver klarläggas inom problemområdet. -Syftet är komplicerat, stämmer inte med problemområdet och är inte möjligt att besvara med studiens design. -Ej validerat mätinstrument, referens saknas för tillämpning i landet/språket. -Resultat är orimligt--att författaren har klarat av studien helt själv är inte trovärdigt. -Metoden är inte tydligt kopplad till syftet. -Referenslistan är inte helt adekvat.
Coimbra & Teixeira, 2015, Brasilien	“To know the patient's perception about sexuality and discuss the relationship between professional and patients on sexuality.”	Vid tidigare läsning hade författarna tänkt se över den bristande engelskan i artikeln. Vid närmare granskning upptäckte författarna att det inte ens gick att utföra kvalitetsbedömning eftersom språket inte gick att förstå.
Ismail et al., 2014, Turkiet	“To determine the prevalence and associated factors of orgasmic dysfunction among Malay women with type 2 diabetes mellitus in Malaysia.”	10/18* -Problemområdet ottydligt beskrivet, inklusive orsaken till själva studien och det som saknas inom forskningsområdet. -Syftet är komplext, passar inte med kunskapsläget inom området och går inte att besvara med given metod. -Slutsatserna är väldigt annorlunda från tidigare publikationer och bedöms inte rimliga.
Sabone, 2008, Botswana	“What does living with diabetes mean to persons with diabetes and their spouses?”	Metoden är inte trovärdigt. Oklart redovisad metod och analys. Studien har kvalitativ metod och har 87 deltagare. Antalet deltagare är högt att det bedöms inte trovärdigt att författaren har kunnat utföra hela arbetet själv med bra metod. Resultat känns också kulturellt irrelevant då patienter har grovt bristande kunskap om grundläggande fakta om sjukdom och hälsa.

*Total poäng uppfylld på Billhult & Gunnarssons checklista för kvalitetsbedömning of enkätstudier (Billhult & Gunnarsson, 2012).

Bilaga 3: Artikelöversikt

Författare, År, Land	Syfte	Design	Deltagare (bortfall)	Resultat	Kvalitet, kommentar
Bijlsma-Rutte et al., 2017, Holland	“To examine sexual lives of women with diabetes mellitus (type 2) and impact of culture on solution for problems related to sexual life.”	En “screening” enkätstudie, en del av en randomiserad kontrollerad studie.	773 (13) vuxna personer i åldern 40-75 år med DM typ 2 i primärvård.	-Prevalens av sexuellt missnöje var 36,6 %. 61,8 % uttryckte en vilja att prata om det med vårdgivare. -Bland män var erektil dysfunktion,, nedsatt sexlust och fördröjd eller utebliven ejakulation de vanligaste sexuella problemen. -Bland kvinnor var låg sexlust, lubrikationsproblem och smärta vid samlag de vanligaste sexuella problemen.	17/18* Kort och koncis med hög kvalitet. Intressant och viktig skiljning av dysfunktion och missnöje. Oklart om mätinstrumentet är validerat och på vilken evidens den rekommenderas internationellt.
Bjerggaard et al., 2015, Danmark	“To examine the prevalence of sexual concerns among sexually active and sexually inactive men and women with type 2 diabetes and of sexual dysfunction among sexually active.”	En “screening” enkätstudie, en del av en randomiserad kontrollerad studie.	414 (67) vuxna kvinnor och 604 (82) vuxna män med DM typ 2	-54 % av sexuellt aktiva män och 12 % av sexuellt aktiva kvinnor uppgav SD. -Bland dessa uppgav 35 % av kvinnorna och 28 % av männen sexuella besvär. -Sexuella besvär var vanligare bland sexuellt inaktiva deltagare. -SD hade en positiv korrelation till bristande mental hälsa.	18/18* Fokus på mätning av sexuell livskvalité som inkluderar singlar. Stort urval och bra metod. Av tre mätinstrument, en ovaliderad. Bra bakgrund och diskussion med stark koppling till teoretisk ram.
Celik et al., 2015, Turkiet	To determine “the prevalence of sexuell dysfnktion and the sexual quality of life in women with diabetes and showing the correlation of these with some variables associated with diabetes.”	Deskriptiv tvärsnittstudie	340 (83) vuxna kvinnor med DM	-61 % upplevde nedsatt sexuell lust och frekvens av samlag sedan de fått diabetesdiagnosen. -80,4 % av deltagarna led av SD; behandling med oral antidiabetika hade en positiv korrelation med SD. -Sexuellt livskvalité var låg hos kvinnor med SD.	14/18* Bortfall redovisas ej. Lite bristfällig bakgrund och diskussion. Tillämpbarhet diskuteras inte. Positivt med validerade mätinstrument som mäter två olika aspekter av sexuell hälsa. Lättläst.
Corona et al., 2014, Italien	“To estimate the prevalence of erectile dysfunction and its associated	Prospektiv observationsstudie	499 (167) vuxna män med nydebuterad DM typ 2	-Erektil dysfunktion uppgavs av 66,8 % av patienterna. -Prematur ejakulation, fördröjd ejakulation och	17/18* Hög kvalitet med bra metod. Ett medicinskt perspektiv som betonar vikten av identifiering

	determinants in a sample of male patients with new or recently diagnosed Type 2 Diabetes Mellitus.”			nedsatt sexlust samexisterade med erektil dysfunktion i 28,3 %, 32,9 % och 58,4 % av fallen. -Starkt samband mellan erektil dysfunktion och depressiva symtom	av SD som tidig markör för hjärtsjukdom. Svårlästa tabeller och diagram.
Erten et al., 2014, Turkiet	“To examine sexual lives of women with diabetes mellitus (type 2) and impact of culture on solution for problems related to sexual life.”	Deskriptiv mixad metod. Konvergent parallel design. Tvärsnittstudie och kvalitativ intervjustudie.	38 sexuellt aktiva vuxna kvinnor med DM och högt blodtryck svarade på enkäter, 15 av dessa kvinnor intervjuades.	-47,4 % upplevde problem i sin sexuella relation. -Positivt samband mellan upplevda sexuella besvär och SD. -83,3 % fick inte hjälp av vårdgivare med sina problem. -Teman i intervjuvar inkluderar: tillskrivning av sexuella problem till DM, känslan att sex var en plikt, nedsatt sexuell lust och smärta vid samlag.	16/18* En studie av främst kvantitativ karaktär som lyfter kvinnors perspektiv och kulturens påverkan på kvinnor med DMs SD. Dålig översättning och ytlig bearbetning av det kvalitativa resultatet. Validerade mätinstrument.
Jowett et al., 2012, Storbritannien	To “explores gay and bisexual men’s experiences of sex and diabetes.”	Kvalitativ intervjustudie. Analys genom “critical realist approach”	13 vuxna, bisexuella eller homosexuella, män med DM	-Erektil dysfunktion presenterade flerdimensionella utmaningar till sexuella relationer, identitet och självkänsla. -Andra fysiska problem som svampinfektioner var också besvärande. -Normerna från HBTQ kulturen upplevdes som särskilt utmanande med hög press för sexuell prestation. -Att berätta om sin sjukdom var också en komplicerad fråga	13/21** Lyfter LHBTQ-perspektivet. Icke strategiskt urval, inkonsekvent metod och otydlig analys. Bra material, bakgrund och diskussion.
Owiredu et al., 2017, Ghana	“To provide an evidence-based linkage between the domains of sexual functioning in both sexes and their influence on the quality of life of their partners.”	Deskriptiv tvärsnittsstudie	130 (20) vuxna män med DM och deras partners. 116 (24) vuxna kvinnor med DM och deras partners	-51,3 % av männen och 66,4 % av kvinnorna rapporterar SD. -Båda könen med SD upplevde nedsatt upphetsning, missnöje och brist på kommunikation som problematiskt. -Sexuellt livskvalité hos partnern var negativt påverkad av deltagarens SD.	16/18* Intressant vinkel på problemområdet. Hur partners sexuella livskvalité påverkas av sexual dysfunction undersöks. Patriarkal syn på sex. Strukturerade tabeller. Resultatet jämför med andra studier.
Rutte et al., 2015, Holland	“To assess the prevalence and correlates of sexual dysfunction in a sample of Dutch men and women with type 2 diabetes.”	Deskriptiv tvärsnittsstudie	158 (47) personer i åldern 40-75 år med DM typ 2	-SD rapporterad av 68,5 % av männen och 70 % av kvinnorna. -SD var starkt associerad med klinisk depression. -Andra observerade riskfaktorer för båda könen var hög ålder och diabetesrelaterade komplikationer.	17/18* Låg svarsfrekvens kan ha påverkat resultatet. Tydligt motiv till studien och bra återkoppling i diskussionen. Adekvat syfte. Validerade mätinstrument.

Rutte et al., 2016, Holland	“To explore the needs and preferences for care concerning sexual problems in both men and women with type 2 diabetes mellitus.”	Deskriptiv mixad metod. Förklarande sekventiella design. Tvärsnittsstudie och kvalitativ intervjustudie.	155 (50) personer i åldern 40-75 år med DM typ 2. 26 av dessa ingick i den kvalitativa intervjustudien.	-SD hade en prevalens av 68 % bland männen och 69 % bland kvinnorna. Depression var också prevalent. -Många deltagare var omedvetna om DMs effekt på sexuell hälsa, dock var sexuella problem prevalent. -Deltagarna uttryckte en önskan att prata om sexuella problem med sjukvårdspersonal. -Missnöje med den vård och assistans som de hade fått uttrycktes.	14/21** En studie av främst kvalitativ karaktär som presenterar patientens upplevelse av vård för sexuell ohälsa vid DM samt deras preferenser. Låg svarsfrekvens, oklar urvalsstrategi. Validerade mätinstrument och välstrukturerad presentation av kvalitativa resultat.
Sivrikaya et al., 2014, Turkiet	“To examine sexual dysfunction and depression in Turkish women with type 2 diabetes mellitus.”	Deskriptiv tvärsnittsstudie.	45 vuxna sexuellt aktiva kvinnor kvinnor med DM typ 2	-33 % av kvinnorna upplevde SD. Mest vanliga problem var nedsatt lust, svårighet med att nå orgasm och smärta vid samlag. -Ett signifikant samband mellan SD och depression upptäcktes där depression var negativt korrelerad till sexuell lust, upphetsning, lubrikation, orgasm, svårigheter och smärta vid samlag.	18/18* Fokus på kopplingen mellan depressiva symptom och SD samt reflektion kring socioekonomiska faktorer. Lättläst, tydligt motiv till studien, välformulerat syfte, presentation av metod välstrukturerad, validerade mätinstrument. Litet urval.

*Total poäng uppfylld på Billhult & Gunnarssons checklista för kvalitetsbedömning of enkätstudier (Billhult & Gunnarsson, 2012).

**Total poäng uppfylld på SBU's mall för kvalitetsgranskning av kvalitativa studier (SBU, 2014).